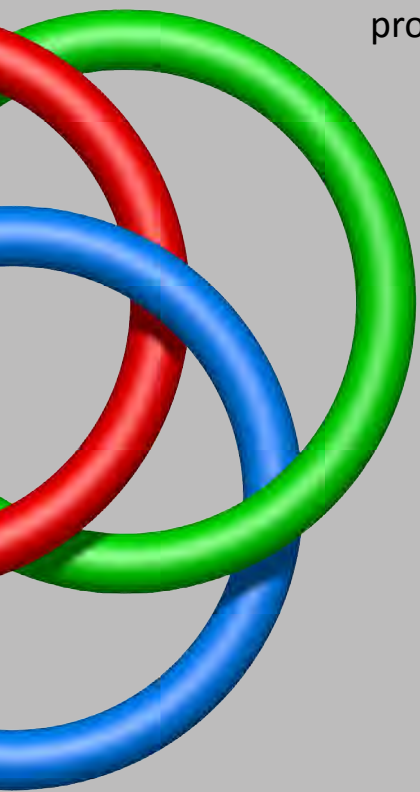


Série Vivências em Educação na Saúde

Roberto Henrique Amorim de Medeiros

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM CENAS:

Ensaio crítico acerca da formação do
profissional em saúde



editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Angel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staeve Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Série Vivências em Educação na Saúde

Roberto Henrique Amorim de Medeiros

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM CENAS:

Ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

M488r Medeiros, Roberto Henrique Amorim de
Residência integrada em cenas : ensaios críticos acerca da
formação do profissional em saúde / Roberto Henrique Amorim de
Medeiros. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.
287 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-51-1

DOI: 10.18310/9788566659511

1. Residência integrada em saúde. 2. Internato e residência. 3.
Pessoal de saúde – Formação. 4. Escuta. 5. Integralidade em saúde.
6. Preceptorial. I. Título. II. Série.

CDU: 614.253.4

NLM: W20

Copyright © 2016 by
Roberto Henrique Amorim
de Medeiros.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

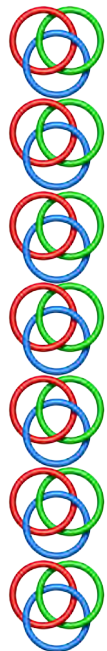


Quando as palavras não são suficientes fica-se com pouco recurso para cumprir uma tarefa ou realizar um desejo. Neste momento, após tantas palavras lançadas na folha de papel que procuram materializar o cumprimento de mais um trecho na caminhada da vida, meu maior desejo é conseguir realizar a homenagem do reconhecimento em toda sua plenitude.

O que quero agradecer é pela minha formação. Mas, determinar quais são os processos, travessias, percursos, encontros e desencontros, com o potencial de promover uma experiência que conta na formação de alguém é uma tarefa impraticável, pois tende ao infinito. Como dar reconhecimento a tudo o que contou para nos tornarmos o que conseguimos ser até então?

Uma palavra singela existe para isso: obrigado. Muito obrigado, na sua forma enfática. Forma de quitar o impagável pelo que recebemos do outro. Quero, portanto, sem enumerar nomes, remeter esta palavra...

... à minha família, pela minha primeira formação e pelas oportunidades que me proporcionaram.

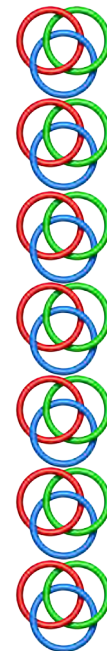


... aos professores que encontrei pelo caminho que apresentaram-me uma possibilidade a mais de ver o mundo. Aos professores do programa de pós-graduação desta faculdade e em especial à orientadora que soube transmitir seu amor pelo saber e acompanhar-me numa proximidade distante o suficiente para que eu confiasse nas minhas próprias pernas.

... aos colegas do GHC, em especial aqueles dos Serviço de Saúde Comunitária: colegas de equipe, de Serviço, do cotidiano, de grupos de trabalho, de preceptoria, de residência, de festas, de interlocução, de respeito, de incentivo, de tolerância, de solidariedade e de uma lista interminável de elementos que tornaram este trabalho uma realidade.

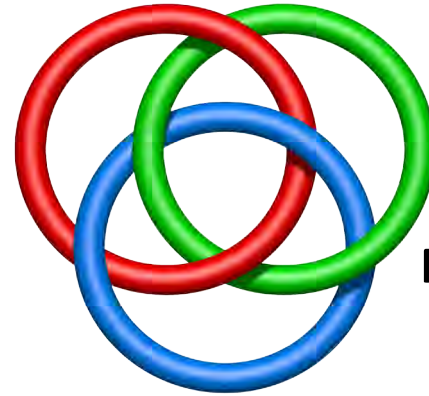
... aos verdadeiros amigos, que me inspiram novas amizades.

... ao verdadeiro amor, que me transformou em um homem melhor.



Os ensaios, os arrependimentos, as desilusões, os sacrifícios, os empréstimos, os subterfúgios, os anos e, finalmente, as circunstâncias favoráveis ou não... o processo também faz parte de uma obra.

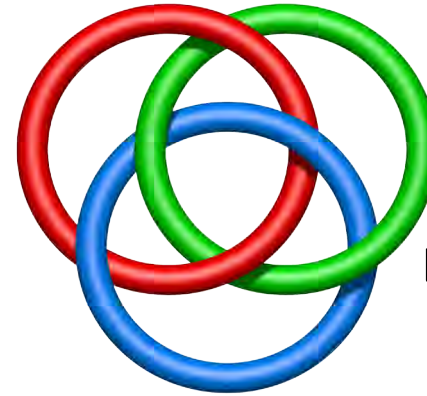
(Paul Valéry).



PRÓLOGO

Uma pergunta surge num programa de ensino que tem por objetivo a excelência na formação de profissionais em saúde no País: aprende-se aqui o essencial para prestar o cuidado integral da saúde da população? A dúvida sobre a pertinência do que se ensina no curso de uma formação já é bem antiga. O adágio *a escola prepara para a vida* já foi muito questionado, modificado e, por vezes, ironizado. Estamos diante do retorno de uma questão para a qual se encontra dificuldades na produção de reflexões e alguma crítica. Como se estruturam e o que produzem em termos de formação para o exercício profissional as nossas propostas internas e externas à Academia? As *Residências Integradas* são dispositivos de pós-graduação que surgem no âmbito da política de saúde brasileira como proposta pedagógica para solucionar o problema do despreparo dos profissionais recém graduados para atuar segundo os novos paradigmas do cuidado em saúde. Essas Residências apostam, entre outros, nos efeitos de integração dos diferentes saberes da área da Saúde para a formação integral do residente. No entanto o fazem reproduzindo semelhantes dispositivos e paradigmas de formação da Universidade. O trabalho de pesquisa deste livro tem como cenário um programa de Residência Integrada em saúde. Os encontros e desencontros no cotidiano de um

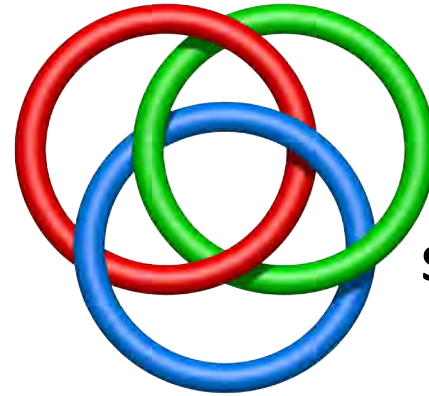
Serviço de Saúde da Família e Comunidade, que atende uma significativa parcela da população de Porto Alegre, RS, são o substrato para a reflexão em forma de ensaios que compõem este livro. Os ensaios procuram dar visibilidade aos representantes e efeitos dos discursos que organizam a formação em saúde. A teoria psicanalítica a respeito do discurso universitário auxilia na elaboração do pensamento crítico acerca da formação proposta para o profissional em saúde. Na primeira parte encontra-se o enquadre lógico da tese composto pelo tratamento ensaístico dado a cenas do cotidiano de trabalho nas equipes de saúde do local onde se desenvolve a Residência. As cenas foram colecionadas pelo pesquisador e o tratamento conceitual e expressivo foi efetivado pela elaboração ensaística como forma de produzir conhecimento. Na segunda parte, a teoria psicanalítica, os estudos sobre a integralidade nas práticas de saúde, a filosofia de Adorno e Benjamin, entre outros elementos conceituais, serviram de inspiração teórica para a construção de uma estrutura articulada em três momentos, composta de ensaios mais concisos e que procuram apresentar os resultados da elaboração da pesquisa. Uma elaboração que, entretanto, não é fechada. Constitui um convite para que o leitor interessado no tema contribua com os encaminhamentos de sua leitura singular. Por fim, no sentido de uma abertura de novas questões, encontram-se algumas observações sobre a condição do preceptor no seu ato de acompanhar a formação integral do Residente. Esses são os principais elementos de um verdadeiro convite à reformulação constante de pensamento e de práticas para encontrar e promover efeitos de experiência na formação do profissional em saúde que excedam o treinamento e as vivências efêmeras. Efeitos imprescindíveis para que sua preparação para o mundo do trabalho não conte apenas com o saber técnico, mas com o saber de sujeito desejante de sua profissão.



LISTA DE SIGLAS

- APS – Atenção Primária à Saúde
- CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial / álcool e drogas
- CI – Currículo Integrado
- GHC – Grupo Hospitalar Conceição
- MBE – Medicina Baseada em Evidências
- MFC – Médico de Família e Comunidade
- PBL – Aprendizagem Baseada em Problemas
- RIS – Residência Integrada em Saúde
- RMFC – Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade
- SFC – Saúde da Família e da Comunidade
- SSC – Serviço de Saúde Comunitária
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul





SUMÁRIO

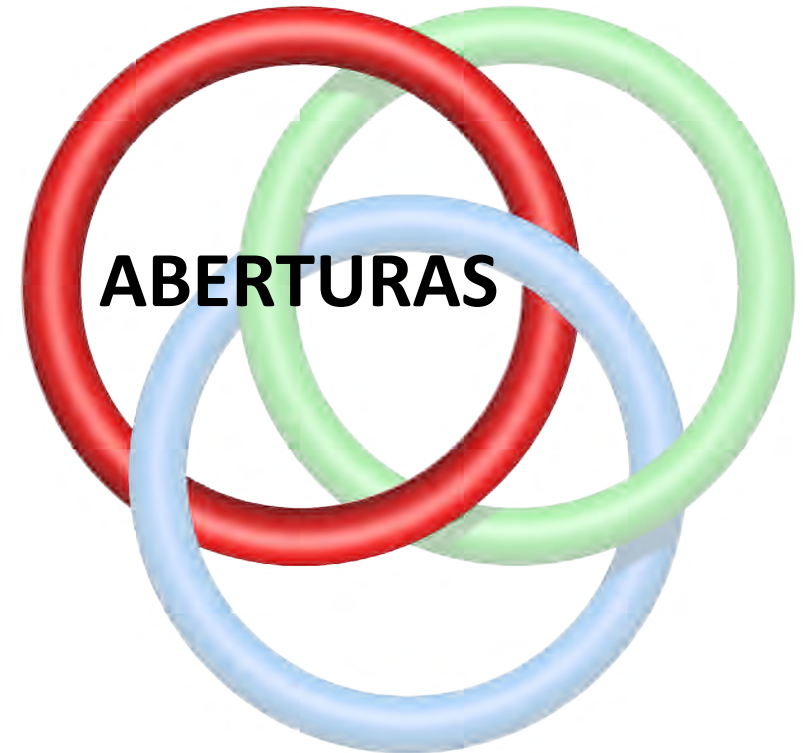
| | |
|--|-----|
| PRÓLOGO | 9 |
| LISTA DE SIGLAS | 11 |
| ABERTURAS | 15 |
| <i>Formação de um problema</i> | 17 |
| <i>Formação de um Método</i> | 25 |
| GRUTESCO — A Coleção | 37 |
| <i>Um encontro – dos alcances da intervenção de uma equipe de saúde com os coletivos e sujeitos</i> | 39 |
| <i>Um desencontro - Motivação e Escuta</i> | 49 |
| <i>Esclarecimento a respeito da escuta — Como um conceito-chave para o cuidado integral em saúde</i> | 65 |
| <i>Um residente médico pergunta</i> | 77 |
| <i>Uma torção para a transmissão</i> | 97 |
| <i>Transmissão sem recalque como condição de ruptura nos dispositivos de formação no contexto da Residência Integrada em Saúde</i> | 119 |
| <i>Construção clínica de caso e discussão em Equipe multiprofissional: outra possibilidade do colecionador?</i> | 133 |
| <i>O fim da Formação Integrada</i> | 155 |

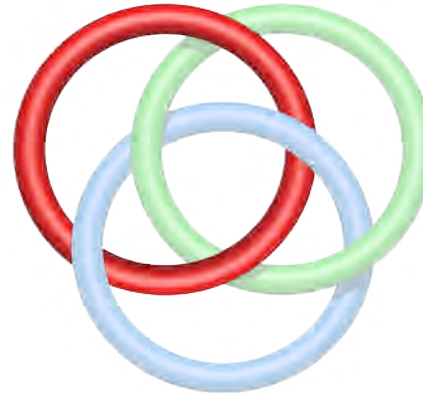
TRÍPTICO.....165
A aprendizagem do pesquisador.....165
A integralidade pode ser bordejada — A necessidade da torção no discurso.....175
Com a vida do outro não se consegue ser mais do que simplório — A posição do sujeito da formação no discurso.....185
Colecionar cenas de formação — O sujeito da formação se esforça em representar-se em um novo discurso.....213

REABERTURAS....em três pontos finais.....249

REFERÊNCIAS.....275

SOBRE O AUTOR.....287





FORMAÇÃO DE UM PROBLEMA

Os homens são atormentados pelas idéias que têm sobre as coisas, não pelas próprias coisas.

(Tradução de Montaigne sobre Epíteto)

Lançado em 2007, o filme Harry Potter e a Ordem da Fênix (2007) fora o quinto episódio de uma série infanto-juvenil, transposta do romance escrito para o cinema, sobre a vida de um menino órfão com poderes mágicos hereditários que precisam ser amadurecidos. Assim, as aventuras e dilemas da criança que chega à adolescência ao longo dos episódios são ambientados em uma Escola. A escola de magos é, portanto, o cenário fértil para o desenrolar da trama desse suposto romance de formação de nosso tempo.

No episódio citado, a Escola encontra-se sob diligência. Representantes de uma espécie de ministério mágico da educação são acionados para avaliarem os espaços e conteúdos responsáveis pela formação dos jovens magos. Após a avaliação, muitas mudanças de professores, de disciplinas, de conteúdos e de relações entre direção e alunos foram realizadas. Entretanto, a ação de reforma da Escola, a bem da formação mais apropriada

segundo a opinião técnica da gestão, encontra uma revolta. Um grupo de alunos passa a questionar as mudanças e a posicionar-se contra elas. Durante a aula de uma das novas disciplinas sugeridas, chegam a enunciar, por intermédio do protagonista: “Precisamos aprender coisas que nos ajudem lá fora, na vida!”

Coisas da vida, da dificuldade imposta pelas realidades não se aprendem mais na Escola, foi o que pareceu aos estudantes depois da reformulação curricular procedida pelos *experts* da educação de magos. Parece que nunca deixamos de vivenciar um desconforto semelhante ao que tenha sido um dos motivos daquilo que ficara marcado pelos acontecimentos históricos de maio de 1968, especialmente na França. Uma revolta estudantil, entre outros fatores, resultante da insatisfação a respeito do que se ensinava e aprendia-se na Universidade. Aqueles estudantes franceses de 68 denunciavam, entre outros, a relação descontextualizada da produção do discurso universitário com o contexto público e político de sua época.

A arte, diz-se, guarda em si uma espécie de magia que permite com frequência antecipar o fenômeno social ou representá-lo em suas mais recônditas nuances subjetivas e por seu intermédio se torna possível refletir acerca dos fenômenos dessa vida de relações humanas organizada como cultura e sociedade. Acredito, portanto, que estamos diante de uma emergência. Talvez não no sentido alarmista que nos situaria frente à falta de tempo e à exigência de uma ação imediata, mas na perspectiva segundo a qual não podemos mais recuar de produzir uma reflexão, uma questão, uma pergunta sobre nossas propostas de formação, especialmente as universitárias. Se até mesmo o filme citado há pouco — que está bem longe de se inscrever como obra de arte — parece atualizar o clamor estudantil que ecoa desde a segunda metade do

século passado, então devemos estar realmente diante de um fenômeno que insiste e pressiona como uma espécie de repetição a qual uma escuta é negligenciada.

Há bastante tempo tenho acompanhado processos de formação de profissionais em saúde. Desde psicólogos, por meio de supervisão em uma clínica-escola à formação de outros profissionais em saúde, como preceptor de Residência Integrada. Recentemente, também acompanho a formação acadêmica de sanitaristas, entre outras profissões. O papel de preceptor numa Residência em saúde, por exemplo, permitiu lidar com demandas e necessidades de diferentes áreas do conhecimento, como o médico, o odontológico, da enfermagem, do serviço social, o farmacêutico, da nutrição e mesmo de agentes de saúde, num contexto de integração entre pessoas diferentes, com diferentes formações, advindas de ambientes acadêmicos distintos.

Esse lugar privilegiado de formador permite observar uma série de situações da busca por qualificação profissional daqueles que estão vivenciando o tempo de saída da Universidade. Noto o quanto o egresso da Academia anseia e fascina-se pelo aspecto prático da profissão. Um fascínio pelo *fazer* e um paradoxal decréscimo de valorização da reflexão crítica — fenômeno que parece apenas dar continuidade à dissociação, franqueada entre espaços de formação acadêmica e o âmbito da produção no trabalho, entre o fazer e o pensar. Instaura-se no contexto das formações em saúde um lugar para a problemática da insuficiente qualificação profissional para lidar com os problemas da vida, a chamada realidade. Como parte importante dessa problematização, uma visão ainda mais ampla admitiria também a análise do tipo de formação que é proposto desde a escola fundamental em nosso país.



É provável que avançássemos pouco ao tentar definir exatamente em que momento se decide a formação no percurso de uma vida. Aceitando o argumento de que um dos principais elementos de subjetivação de cada pessoa, no laço de um contexto social que o acolha, é a constituição da possibilidade do exercício de uma tarefa relevante ao grupo em que se insere — também conhecida por profissão —, podemos realizar a crítica dos paradigmas vigentes a respeito da capacitação e dos efeitos alcançados pelas propostas hegemônicas de formação profissional.

A proposta da extensão de programas de Residência a um maior número de profissões da área da saúde, constituiu uma das principais políticas públicas de formação, cujo objetivo foi proporcionar maior capacitação aos egressos dos bancos acadêmicos para o desempenho como profissional do SUS, bem como do setor privado da saúde. Durante o ano de 2003 tive a oportunidade de participar da construção do primeiro projeto da Residência Integrada em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, instituição de saúde federal, situada em Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Logo com as primeiras turmas de residentes foi possível colher alguns indícios acerca do despreparo dos profissionais recém-formados quando se deparam com dilemas do mundo do trabalho. Um possível indicador do limite das propostas de formação acadêmicas. As *residências integradas em saúde*, por sua vez, parecem surgir como disposição para solucionar *a posteriori* o problema da preparação do profissional e, assim, qualificar a atenção à saúde no País. A aposta recai, entre outras, na integração entre diferentes ordens de saberes afins à área da saúde e seu efeito de complementaridade na formação do residente. Infelizmente, na maioria das ocasiões, a integração entre os profissionais aparece mais como exercício de retórica

ou de política de boa vizinhança entre as categorias envolvidas no trabalho cotidiano das equipes de saúde do que como esforço no sentido de refletir, sistematizar e criar condições para que essa formação seja verdadeiramente enriquecida pelos efeitos de interdisciplinaridade ou mesmo transdisciplinaridade.

Nesse aspecto, assim como os alunos da escola de magos, também pude observar nos residentes o apelo e a expectativa por uma formação que atendesse as necessidades profissionais daqueles que precisam ingressar numa lógica que demanda o trabalho em equipe multiprofissional e o posicionamento crítico e criativo para a resolução dos problemas da realidade de seu País. Cabe a pergunta: é razoável aceitar que a repetição de uma lógica estruturada pela Academia, no tempo da pós-graduação para preparação para o trabalho, tenha efetividade para o resgate da formação ou a especialização do profissional? Da mesma forma, o acúmulo de informação e o treinamento prático, bases da lógica da capacitação, é o que produzirá os resultados excelentes esperados em termos de formação de um profissional em saúde atento e capaz de lidar com a complexidade dos problemas com que se defrontará? E, ainda, se é diretriz manifesta das políticas estatais a busca por estabelecer projetos de formação de profissionais para o trabalho no SUS, que saibam atuar em equipe e que sejam capazes de promover o cuidado integral em saúde, como pode ser mais bem atingida essa capacitação?

As primeiras experiências brasileiras que utilizaram a lógica da Residência para a formação de médicos datam da década de 1940. Esse dispositivo de formação decorre de um movimento histórico de especialização do saber médico, a partir do momento em que passa a ocupar o espaço do hospital em meados do século XVII e a estruturar o que é conhecido hoje como as clínicas médicas. O contato direto



e intensivo com o doente foi decisivo na transformação da medicina ao longo dos séculos, e definiu esse ato como essencial para a formação do médico. A priorização do fazer e da observação exaustiva dos sinais da doença influenciou o espírito da Residência até nossos dias, como indica sua denominação alternativa de *treinamento em serviço*.

Nos programas de Residência reproduz-se o privilégio da prática em detrimento do estudo. A carga horária atribuída às práticas de ambulatório do residente é significativamente maior do que os momentos de reflexão teórico-prática¹, um indício da aposta na qual a qualificação deverá advir exclusivamente do fazer. O que resta ao período destinado ao estudo e ao pensamento reflexivo é ocupado com módulos teóricos em que um professor empenha-se em passar o máximo de informações a respeito de algum tema que, frequentemente, repete o currículo ou elementos da lógica de formação acadêmica: aulas expositivas, seminários, percentual de frequência, exames, créditos.

O princípio da prática clínica especializada que sustenta a proposta de formação em situação de Residência parece ter sido atravessado e paulatinamente organizado pelo discurso da formação acadêmica. Não obstante, é esse mesmo discurso que há mais de quarenta anos parece ter provocado protestos por parte dos alunos universitários a respeito de sua insuficiência para a formação e sua desarticulação com a realidade. Este livro procura constituir um pensamento crítico sobre os espaços, tempos e dispositivos de formação de um programa de Residência Integrada em Saúde no intuito de auxiliar a discussão acerca da expectativa acerca da formação de um novo profissional que corresponda às mudanças de foco

¹ Ver p.122: lista da divisão espaço temporal das atividades da Residência.



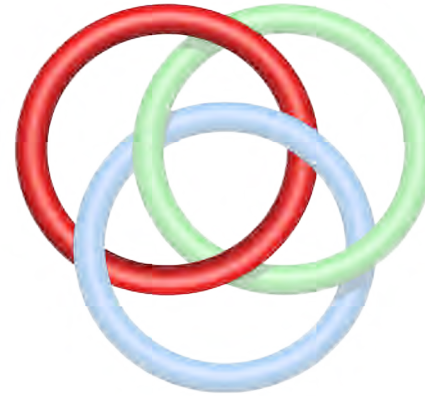
e responsabilização com a atenção e a gestão da saúde no país pós reforma sanitária. Para tanto foram eleitos alguns elementos conceituais e expressivos num percurso nem sempre previsível de uma investigação que busca dar visibilidade efeitos do *discurso universitário* na formação dos profissionais de saúde e identificar, quanto possível, quais os elementos que teriam o potencial de subverter o discurso de formação vigente.

O caminho escolhido, a saber, a expressividade ao invés da representação conceitual a partir de um determinado campo de saber, mostrou-se fértil para o trabalho com questões essenciais do campo em questão, como as condições de transmissão da experiência, os efeitos da política, do cuidado e da gestão na formação, as escolhas de cenários, de conteúdos, as ideologias, a questão da escuta, entre outros, que surgiram no decorrer do processo desta busca. Além disso, o trabalho de pesquisa pautou-se pela consideração respeitosa e atenta aos ensaios de cada um, pois são ensaios de si que parecem ocorrer no percurso singular da construção das subjetividades como possibilidade de novas enunciações de um sujeito, nesse caso, trabalhador em saúde. Construção essa que acaba por se fazer condição para que cada um consiga representar-se no discurso que organiza o laço social no qual tenta, muitas vezes à duras penas, inserir-se. Daí o motivo do respeito e da atenção.

A partir de agora, situarei como a pesquisa foi planejada, suas escolhas metodológicas e explicitarei como acabou se efetivando a partir de um projeto inicial reformulado, para que seus achados tomassem forma e consistência. Mesmo que planejado rigorosamente, um caminho proveitoso também pode ser aquele que leva a lugares que escapam aos hermetismos antecipatórios contidos no plano. O inesperado pode também ser bem-



vindo e é algo que depende da inspiração que o caminhar pode trazer, se o caminhante for um curioso. Portanto, as construções que esse esforço de pesquisa proporcionou deram-se por rumos inesperados *a priori*. Para dar cores a esse elemento novo, a parte seguinte, reservada para a apresentação da proposta metodológica do trabalho, encontra-se dividida em dois momentos para incluir o tempo *a posteriori* do estabelecimento de um projeto de pesquisa e estudo.



FORMAÇÃO DE UM MÉTODO

Colecionar é um fenômeno primevo do estudo: o estudante coleciona saber.
(Walter Benjamin)

O caminho

O trabalho de que se trata neste livro teve como objeto o percurso de dois anos proposto para a formação de profissionais da saúde. A Residência pode opera como convite a realizar uma travessia feita de encontros e desencontros, sustentada pelo grupo chamado de equipe. Durante essa trajetória, ocorrem as mais variadas e ricas situações das quais se participa ativamente ou apenas se presencia os encontros fortuitos ou desafortunados. São essas situações que parecem ter o poder de engendrar uma construção da experiência de formação daquele que realmente aceita aquele convite.

Do lugar em que pude acompanhar as jornadas de cada residente num programa de Residência Integrada em saúde (RIS), também conto com certos encontros e alguns desencontros. Como nem mesmo o desencontro é possível solitariamente, pois é feito de uma presença manifesta



e irreconciliável com o outro, meu papel de formador também se deu no convívio em grupos. Grupos de alguns, costumeiramente chamados de preceptores, que co-ordenam, co-operam, co-legiam e pretendem co-mover os demais, no sentido de buscar a melhor formação daqueles que procuram aquele programa. Nesse papel, também fui professor, na medida em que co-laboro com outros colegas, de diferentes categorias profissionais, na aula teórico-prática semanal que reúne os residentes da RIS e da Residência Médica em Saúde da Família e da Comunidade (RMFC). Assim, também leciono. Melhor dizendo, *co-leciono*.

No trabalho intitulado *O Colecionador*, Walter Benjamin (2007, p.241) enumera uma série de observações sobre o ato de colecionar:

[...] se constrói uma contemplação desinteressada no sentido de Kant e de Schopenhauer, de tal modo que o colecionador consegue lançar um olhar incomparável sobre o objeto, um olhar que vê mais e enxerga diferentes coisas do que o olhar do proprietário... Pois é preciso saber: para o colecionador, o mundo está presente em cada um dos seus objetos e, ademais, de modo organizado.

Escolhi essa passagem do trabalho clássico de Benjamin como um recorte que inspira minha proposta do modo de proceder na presente pesquisa. Uma vez que o projeto da Residência Integrada sustenta-se no trabalho em equipe – ao mesmo tempo em que o tem como meta de aprendizagem – fica clara a intenção de que essa formação se dê por meio dos encontros entre os diferentes olhares das profissões da área da saúde e, como não poderia

ser elidido, entre os diferentes integrantes das equipes multiprofissionais. Inspirando-me na moda do colecionador, defini que o *corpus* desta pesquisa fosse uma coleção de cenas desses encontros no cotidiano da Residência. Para produzi-la como substrato do estudo, procurei dar tratamento conceitual e expressivo às cenas do cotidiano da Residência Integrada em Saúde na ênfase SFC, ao invés de interpretação e identificações de sentido. Coerente com o ato do colecionador, as cenas coletadas foram aquelas das quais pude presenciar ou participar ativamente. As escolhidas para serem trabalhadas seriam aquelas que se mostrarem mais vivas à escuta e ao olhar do colecionador-pesquisador em contato com a cena e sustentado pelo seu estudo da literatura e experiência prática acerca da formação, em especial a do profissional em saúde.

Para o referido tratamento conceitual e expressivo mencionado há pouco, escolhi o ensaio escrito. Assim, foi possível tecer em cada ensaio uma rede conceitual que, ao mesmo tempo em que auxiliasse na visibilidade e expressividade do potencial contido na cena, lidasse com o objeto de modo a evitar o máximo possível a negação de sua primazia ou o estabelecimento prematuro de uma representação discursiva por intermédio de uma hermenêutica que o decantasse em uma pobre produção de sentido.

A escolha pela forma *ensaio* também repousa em um argumento estético e outro ético. Ao considerar que a passagem por um programa de Residência tem o impacto de um acontecimento que deixa marcas na formação de uma pessoa – além do puro âmbito técnico-profissional da formação –, assumo que esse período, curto em seu elemento cronológico, caracteriza um momento de ensaio de si para cada um. Desse modo, também aparece aqui o *ensaio como forma* de construção do livro e do próprio lugar



de pesquisador, cuja referência está no texto homônimo de Adorno (1986).

A Psicanálise acabou por constituir-se como elemento crítico frequente nesta pesquisa. Também emprestou ferramentas para o procedimento utilizado e para a justificativa desta escolha metodológica. A posição do analista como corpo necessariamente presente na situação de análise para que, por meio da transferência, ela possa ocorrer, inspira e convida o pesquisador a incluir-se no problema de pesquisa sem o temor da contaminação dos seus achados. O propósito vantajoso verifica-se no seguinte fato: no mesmo momento em que entra em cena o desejo do pesquisador sustentando este tipo de pesquisa, cria-se o dispositivo necessário para atingir seus objetivos. Como disse o psicanalista Charles Melman¹, *o analista está no tubo de ensaio*, evidenciando uma condição da transferência que possibilita e sustenta a análise. Este, aliás, é o fundamento para que a coleção de cenas do cotidiano da Residência seja composta por aquelas que o pesquisador mesmo tenha coletado e, portanto, nas quais esteve presente de algum modo. Para o verdadeiro colecionador, o valor da coleção é diretamente proporcional às coisas que ele mesmo coletou e, como dizia Benjamin (2007) há pouco, só ele consegue lançar um olhar incomparável ao objeto colecionado.

Ao contrário de uma psicologia profunda ou do comportamento, a Psicanálise é uma experiência eminentemente discursiva. O que se aprende por seu intermédio é o saber fazer com a falta – a *castração*, segundo seus próprios termos. Este último aspecto garante a possibilidade do trabalho científico a partir de um posicionamento ético a respeito da verdade. Pela Psicanálise, assim como a conclusão a que se chega através

¹ Em entrevista que compõe o livro *Quartier Lacan*, de DIDIER-WEILL, 2007, p.113.



de outros saberes, fica evidente a tese de que a verdade só pode ser dita pela metade. (LACAN, 1988) Essa colocação parece querer sublinhar que a interpretação imaginária, sustentada pelo estabelecimento de identidades e analogias, é um tipo de engodo. A verdade experienciada a partir do inconsciente tem o estatuto de um enigma. É, pois, como enigma que uma interpretação psicanalítica tem seu melhor efeito na situação de análise. A interpretação tem o mesmo estatuto da citação e do aforismo - tão caros a Benjamin - e nessa essência reserva para si um compromisso ético com a verdade, tornando possível uma aproximação a ela.

Adorno (1985) posiciona-se semelhantemente a respeito do problema da verdade ao chamar atenção para o caráter ideológico – e, portanto, excessivamente parcial – presente em todo conceito produzido por um saber. Para ele a *theoria* perfaz uma contemplação que deve respeitar o objeto contemplado numa proximidade distante o necessário para não transfigurá-lo com os conceitos. É a primazia do objeto, já citada, característica da Dialética Negativa de Adorno (TIBURI, 2005), no trabalho com conceitos e métodos. Trabalho esse que se define como crítica do conceito e do método para, assim, minimizar o ideológico constitutivo de um saber. O posicionamento de Adorno sugere dar a ver a parte que fica escondida, excluída do processo de pensamento sistematizado da ciência e de alguma filosofia, ou seja, *fazer falar* o que fica excluído do objeto, quando concebido por meio de um conceito já predeterminado.² E o ensaio é uma das formas possíveis de

² É digno de nota que *fazer falar* o que esteja excluído do consciente, do racional, do já tomado por uma atribuição de sentido, é o propósito da Psicanálise ao trabalhar com o sujeito do inconsciente, que implica o trabalho com o Real. A letra maiúscula indica a diferença desse termo em relação às realidades. O Real é um potencial. Sua indeterminação implica a necessidade de o simbolizarmos para aprendê-lo. Uma ficção é a simbolização de um Real. O que concebemos como *realidade*, portanto, pode sempre ser desmascarado, afinal, em sua estrutura de



assim proceder.

Estão expostas as condições que levaram à escolha pela coleção e pelo ensaio como modo de produzir o material e inspirar os resultados desta pesquisa. Estar advertido a respeito da incompletude da verdade permitirá a produção de algo que transcenda o aspecto sádico da posição do teórico que, segundo Lacan (1992), ama a verdade como um objeto total, e faz par masoquista com aqueles que a tentam praticá-la ao pé da letra.

A escrita dos ensaios que compõem a primeira parte deste trabalho porta o desafio de constituir o conteúdo e a forma mais adequada para lidar com a singularidade do objeto desta pesquisa, a qual pretende igualmente tratar de singularidades, na medida em que o ensaio de si – proposta relançada àqueles que iniciam uma nova formação através da Residência – deva ser uma construção sempre singular.

Entretanto, por mais que tente evitar a transfiguração de seu objeto, todo pesquisador precisa contar com mediadores que tornam possíveis os procedimentos e as elaborações dos achados da pesquisa. O primeiro mediador é o próprio pesquisador que, presente e atuante no seu campo empírico, deverá fazer parte desta exposição através de ensaios que fazem trabalhar as cenas ex-colhidas na Residência em questão. O segundo é o caráter peculiar e processual dos territórios – de saberes, políticos, geográficos – em que a Residência ocorre. Trabalhei com operadores que me acompanharam no desenvolvimento e nas elaborações deste trabalho, cumprindo cada qual o papel de horizonte que ajuda a fazer uma borda que, por sua vez, situa e orienta diante de um infinito de possibilidades. Portanto, os elementos críticos proporcionados pela elaboração da teoria dos *quatro discursos* (LACAN, 1992), em especial

ficção.



o discurso da Universidade, aspectos do pensamento de Benjamin, os elementos da formação supostamente não acadêmica do psicanalista e leituras acerca do tema da formação de profissionais em saúde e o SUS, compuseram a caixa de ferramentas mínima que o pesquisador montou para iniciar a caminhada.

O caminhar

Revelar que parte substancial da arquitetura de um projeto de pesquisa tenha se desenhado concomitantemente ao desenrolar do trabalho pode parecer uma inadequação. O estabelecimento do método é considerado como uma das etapas iniciais de um projeto e, seu seguimento, o termo de garantia da boa condução da pesquisa para que a meta seja atingida satisfatoriamente. Entretanto, a busca interessada e curiosa faz com que o pesquisador mantenha-se atento também ao que foge do roteiro ou simplesmente emerge como um efeito não antecipado pelo plano metodológico estipulado *a priori*. Parece ter sido algo semelhante a este último fenômeno o que tenha ocorrido durante o processo de escrita dos ensaios, que estavam planejados como *corpus* desta pesquisa, segundo o seu projeto inicial.

Embora os capítulos sobre a *serendipidade*³ terem sumido sem maiores justificativas dos manuais de metodologia da pesquisa, essa condição de trabalho com o inesperado – por se adaptar aos propósitos e fundamentos desta pesquisa e da posição que o pesquisador ocupou na construção do seu objeto – já fora anunciada desde a

³ O termo *serendipidade* designa as descobertas ocasionais e fortuitas, de caráter acidental e não intencional. A Psicanálise, entretanto, auxilia-nos a relativizar essa definição na medida em que comprova com seu método que não se trata apenas de boa sorte e tampouco falta de intenção, se está em cena o sujeito do inconsciente.



apresentação como possibilidade metodológica que não seria desprezada. Portanto, a presença de uma segunda parte na discussão sobre como o trabalho foi constituído em seus procedimentos metodológicos e como transcorreu na medida de sua elaboração, tem por objetivos: marcar a importância da emergência do tempo *a posteriori* da sua construção e delineamento e, por conseguinte, dar o devido respeito ao leitor, colaborador em potencial, que, tomando conhecimento do processo e dos tempos do trabalho que foi empenhado durante a aproximação ao objeto, possa acompanhar, construir ou desconstruir os passos, resultados e propostas desta produção.

À medida que certo número de ensaios fora acumulado, dentro do propósito de dar tratamento conceitual e expressivo às cenas ocorridas no programa de Residência Integrada em Saúde em questão, percebi que naturalmente havia coletado um material cujos elementos poderiam ser remetidos a discursos específicos. Apoiando-me em uma leitura do trabalho intitulado *O quadrilátero da formação para a área da saúde* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) no qual a gestão, a atenção, o ensino e o controle social, segundo seus autores, compõem uma estrutura de quatro elementos que podem representar a experiência essencial de formação para o profissional em saúde, observei que cada cena da coleção poderia ser tomada como produto do jogo entre os elementos do quadrilátero da formação, se concebidos como discursos: da gestão, da atenção, da formação, do usuário cidadão. Portanto, cada elemento da coleção pode ser assumido, entre outras características, como produções discursivas ou expressões do jogo de forças presentes em pelo menos algum dos quatro discursos da formação de profissionais em saúde. (MEDEIROS, 2010)

Tomados dessa maneira, o conjunto de cenas que perfaz a coleção do pesquisador – o material que bordejia o objeto a partir do qual a pesquisa veio a estruturar-se – acabou por constituir uma espécie de moldura. Enquadre inacabado, forma quadrilátera não hermética, que tenta recortar o Real⁴ da experiência de formação integral do profissional em saúde. O *Quadrilátero* procura teorizar e estender a ideia de *integralidade ao âmbito da formação do profissional em saúde*. Retomando esse aspecto do artigo de Ceccim e Feuerwerker (2004), vim a perceber que o termo *integralidade*, no entanto, não figurava uma única vez sequer no texto dos ensaios que compuseram a primeira parte do trabalho. A integralidade, mais do que conceito, assumira o lugar de significante em torno do qual se construiu uma moldura representada pelas cenas da Coleção. Questões acerca da integralidade na formação aparecem apenas sob a forma significante nos ensaios que constituem o *corpus* da pesquisa, a exemplo de uma borda construída no entorno da integralidade, tomada no âmbito da formação em saúde, como a presença de uma ausência que causa o desejo de pesquisar e produzir conhecimentos.

Por sua forma que percebo inacabada, mas cumprindo a função de estabelecer um enquadre suficiente para desenhar o objeto privilegiado do trabalho de investigação, penso que o conjunto de ensaios escolhidos para formar a *Coleção* possa ter constituído uma espécie de *grutesco*⁵ em torno da ideia da integralidade, assumida como princípio norteador para a formação do profissional em saúde ao mesmo tempo em que preservada como possível conceito. Nessas condições, os ensaios da primeira parte

⁴ Cf. nota 2.

⁵ *Grutesco* é um tipo de arabesco pintado por vezes com motivos fantasiosos, míticos ou da natureza, que dá aspecto de gruta ao contornar a obra principal, como um ornamento que lhe confere uma moldura e a destaca.



do livro, que serão apresentados no capítulo seguinte, além de constituírem a *Coleção* como estava previsto no projeto inicial da pesquisa, acabaram por estabelecer o enquadre lógico da pesquisa.

Após a estruturação do enquadre, tornou-se necessária nova construção textual para fazer trabalhar aquilo que o espaço circunscrito veio a provocar. Entretanto, essa nova construção textual não passou perto de ser uma tentativa de preencher o suposto vazio, visto que nem sua moldura se pretende fechada. Não se tratou de pintar o quadro, mas, talvez, preparar a tela para que novas cores e traços sejam lançados, num trabalho de construção permanente acerca do tema da formação do profissional em saúde. Para tanto, na parte subsequente à construção ensaística que originou o grutesco, ocorre uma pequena mudança nesse estilo de escrita. A forma escolhida seguiu sendo a que produz ensaios críticos, porém, eles foram escritos de forma mais econômica em número de termos e sentenças.

Os propósitos dessa tentativa foram, em primeira instância, seguir fazendo trabalhar os momentos singulares, repletos de significação, que o conjunto das cenas de formação ofereceu, tendo o cuidado de manter vivos os seus enigmas, fonte potencial de mais pesquisas e de produção do conhecimento. Em segundo lugar, propor uma série de reflexões como um convite a possíveis leitores e futuras pesquisas a colaborarem com acréscimos, na medida da experiência com seus inacabamentos e suas concisões. Por todas as condições – estéticas, éticas e metodológicas – continentes de uma pesquisa que procura escapar do costumeiro trabalho de identificação a que se entrega um tipo de ciência ao esforçar-se em interpretar os achados a partir de conceitos eleitos como referência teórica prévia, esta segunda parte do livro foi constituída

por uma composição de breves ensaios divididos em uma estrutura de três elementos que se articulam e devem jogar entre si, denominada *tríptico*⁶.

O que se pretende preservar com esse modo de proceder é o potencial de todo livro: produzir novos sentidos com o trabalho de leitura que a ele puder ser concedido, bem como a capacidade de surpresa com o que se apresentou no decorrer da pesquisa para que só num segundo momento – após uma leitura – esse material venha a adquirir o *status* de um verdadeiro achado.

A terceira e derradeira parte do livro está reservada para comentários finais e apontamentos sobre as questões e os problemas que emergiram da elaboração e resultados, mas que o excederam em seus propósitos principais, embora, fortuitamente, possam indicar um caminho de retomada para as suas problematizações ou para novas contribuições.

Durante a construção do grutesco, será apresentada ao leitor a intromissão de dois textos de apoio. Neles poderão ser encontrados a título de esclarecimento, se for desejável, algumas considerações mais específicas do autor acerca do *Discurso da Universidade* e de uma noção sobre o conceito de *Escuta*, ambos operadores críticos deste trabalho.

De agora em diante, o virar de páginas desvelará a construção do enquadre lógico do trabalho da pesquisa e sua produção de conhecimentos a se realizar a partir do jogo entre alguma leitura e a escrita.

⁶ Ver nota 4, p.170.

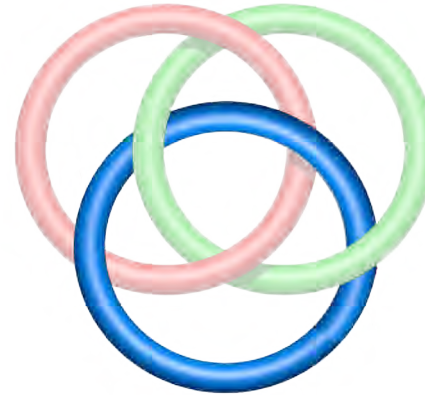




GRUTESCO

A

COLEÇÃO



UM ENCONTRO – dos alcances da intervenção de uma equipe de saúde com os coletivos e sujeitos

Sou um psicanalista que trabalha numa equipe multiprofissional de ponta. Como você escutou a leitura de *ponta*? Pode-se escutar não apenas no sentido *glamouroso* de *vanguarda*, mas nos mais variados sentidos que a potência de um significante como *ponta* pode nos brindar. Trabalho numa equipe de ponta também porque, no seu saber-fazer diário, produz conhecimentos que servem de modelo para outras equipes semelhantes. Mas, devo admitir, o ouvido empobrecido com que costumamos lidar com as palavras no nosso cotidiano vai praticamente determinar que apenas se entenda que eu trabalho numa equipe de ponta no sentido menos nobre da mesmíssima palavra. Trabalho, portanto, numa equipe de atenção primária¹ de um Posto de Saúde, que atende pessoas humildes, pobres, possivelmente até incapazes sociais, com sérias necessidades de cuidado em saúde.

Um psicanalista? Numa equipe de ponta, quero dizer, *esse tipo* de ponta? Como pode ser? O que pode ele fazer?

¹ Atenção Primária a Saúde – APS. (VUORI, 1985)

Colocar essas pessoas no divã? Mas não têm nem bem o que comer, as pobres! É o que possivelmente dirão, incrédulos.

Um psicanalista também é um significante. Não se apreende toda a potência do que ele é e do que pode pelo simples significar da palavra. Sou um psicanalista que escuta e tenta encontrar o sujeito nos corpos ditos – com alguma condescendência e na melhor das hipóteses – biopsicossociais. Pobre, talvez, seja o argumento dos que acham que misturando os lexemas *bio*, *psico* e *social*, conseguem dar conta do *ente* a que se referem. E ainda acreditam ter transcendido a compartimentalização do ser em vários saberes disciplinares por não se usar os hífen, de modo a escrever bio-psico-social. Não anulam, dessa forma, a disciplinarização dos corpos como talvez julgassem.

Por isso decidi trabalhar com o sujeito. Com isso minha pesquisa de ponta, que foi e está sendo minha formação, ensinou-me que o fato de sermos seres falantes muda toda a lógica da ciência exata (lembro, quanto a isso, que as humanas e biológicas também têm se proposto exatas com alguma frequência). Se somos seres que falamos, precisamos trabalhar no nível do *significante*. Quem trabalha com *gente* e não leu ainda Saussure, não devia perder mais tempo com tantos outros tratados: o Curso de Linguística Geral é mais fino que qualquer compêndio bio-psico-etc et al. Mas dura uma vida inteira. Assim como a *equivocidade*, a multiplicidade inesgotável de sentidos de um significante.

Enfim, se estou dentre aqueles que escutam o sujeito e trabalham numa equipe de ponta, não posso fazer nenhuma intervenção, interpretação, intercessão, interação, levando em conta apenas o que os livros e principalmente meu bom senso me dizem², mas preciso *a fortiori* entrar em contato

² “De boa intenção o inferno está cheio”; ditos populares são fontes de sabedoria negligenciada. Pensemos por que algo que é admitido e construído culturalmente há séculos valha menos do que o último



com os supostos sujeitos de minha intervenção também por meio da escuta. Do significante.

Pois bem, foi uma atitude semelhante que levou a equipe multiprofissional da Área de Vigilância em que trabalho – espécie de subequipe responsável por um olhar mais aproximado à determinada parte do território atendido pela Unidade Saúde – a escolher um dia, fora do horário de trabalho usual, para visitar os moradores de um Pombal. Um Pombal também não é entendido pelo sentido que a palavra sugere na sua acepção mais comum. Designa, nesse caso, a moradia de cerca de vinte famílias: dezenas de peças muito pequenas, próximas umas das outras, dispostas em linha ao longo de um corredor com piso de cimento irregular e inclinado. Nesse corredor localizam-se os utensílios comuns a todos os moradores do local, tanques de lavar roupa, torneira, assim como quatro banheiros de uso coletivo.

Nossa equipe têm tido notícias alarmantes em termos de saúde e de qualidade de vida acerca desse lugar. Existem moradores de todas as idades, vivendo no limite do aceitável. Há muitas crianças, duas delas nascidas há pouquíssimo tempo à época da visita. Adultos de todas as idades e uma velhinha nonagenária que mora ali há mais de quatro anos e, há cinquenta, sozinha.

Trabalhamos no Posto, de segunda à sexta-feira, das 8h da manhã até às 18h. Não temos obrigação de fazer nosso trabalho fora desses horários. Mas fomos. Também não deveríamos retirar duas horas semanais do período de atendimentos ambulatoriais para utilizar nas reuniões desta subequipe. Para os olhos do Gestor estaríamos trabalhando de graça no primeiro caso e, no segundo, não fazendo absolutamente nada.

artigo de um *American Journal* qualquer?



Trabalho numa equipe de ponta, porque não é o discurso da Gestão que organiza e faz trabalhar nela, mas o discurso do cuidado em saúde. O tempo e o relógio-ponto são realidades, existem, mas não subjugam o trabalhador na totalidade de sua prática e de seu ato em saúde. Assim, “gastamos” duas horas naquela semana planejando como fazer para aproximar-nos e programar um trabalho com aquelas pessoas. E fomos lá, todos nós, realizar nosso plano numa bela e agradável tarde. De um sábado.

Após algumas discussões entre a equipe, todos concordaram que deveríamos, mesmo já conhecendo de antemão alguns problemas sérios de higiene e saúde do local, traçar uma abordagem que valorizasse a experiência de quem mora ali, a sua forma de ocupar o espaço, a sua cultura, suas crenças e seus saberes. Precisávamos conhecer o local e sermos apresentados e reconhecidos. Precisariamos, antes de recitar o saber dos livros, escutar os significantes que atravessam e marcam com peculiaridade aqueles moradores do Pombal. Mas como, sem um divã, ter acesso a esses significantes? Escutando, apenas. Com os ouvidos; e com os olhos. Com os olhos, temos acesso a uma consistência imaginária. Com os ouvidos, esburacamos o Real com a consistência simbólica que sustenta todos os seres falantes.

À exceção de Spike, o cachorro da administradora do Pombal, todos falavam. Nem todos, entretanto, enxergavam. Dois dos participantes de nosso *encontro* daquela tarde eram cegos. Perto deles, mais de uma dezena de crianças foram convidadas a brincar numa oficina lúdica sobre saúde bucal no fundo do pátio comum, enquanto um pequeno grupo da nossa equipe de ponta saiu em companhia de um morador para uma visita ao local. Todos os adultos ficaram reunidos no início do *corredor principal* – como fora nomeado por outro morador – para construir

um *mapa falante* daquele espaço. Um mapa falante é um mapa que fala. Se fala, sustenta-se por significantes e, dessa forma, também se encontra no registro dos falantes, assim como os moradores. É um mapa, portanto, que não apresenta apenas o imaginário das fronteiras planificadas no papel. Apresenta a *vida* que existe naquele território. *Parla!* foi tudo o que ocorreu a Michelangelo dizer frente à vivacidade de sua obra de pedra. Portanto, um mapa que fala é mais vivo que um mapa que mostra.

Durante cerca de meia hora esse mapa *falou*-nos sobre os espaços e como cada um dos ali presentes o ocupa. Quais são os lugares comuns, os acidentes, as facilidades, a vizinhança, os gatos nos telhados que fazem barulho à noite, a churrasqueira dos encontros, as escadas que dificultam o caminhar dos cegos.

Logo depois, a comitiva que fora levada a uma visita pelo local retornou. A minha colega, relatora da visita, enriqueceu ainda mais o mapa que agora nos falava do cano furado, da plantação de hortaliças de um morador, do esgoto pluvial no fundo do terreno inclinado, dos alojamentos desabitados.

Com essas informações inscritas no papel que se estendia no chão no meio de toda aquela gente – equipe e moradores –, fez-se a pergunta: O que podemos fazer em cooperação para melhorar a vida, a saúde, dos que vivem por aqui?

Um dos cegos pediu uma passarela. Alguns riram: “Isso é lá problema para o prefeito, não pra gente e pro Posto de Saúde!” Esse mesmo cego afirmava que não sabia onde era o Posto. Uma mãe jovem disse que, se o corredor principal ganhasse uma camada de cimento nova, ia ficar mais bonito e melhor para todos. Sobre as crianças, a asma era a preocupação, poderíamos facilitar as consultas para



elas, sugeriu-se. Não havia mosquito da dengue, nem ratos, nem baratas, segundo eles. Respeitou-se a opinião.

Mas havia o outro cego. Massoterapeuta. Relatava em *braille* tudo o que se dizia. Ensinou ao colega de cegueira qual o ônibus deveria tomar e parar em frente ao Posto de Saúde. Contou-nos que a limpeza dos banheiros coletivos deveria ser melhorada e eles deviam ser mais bem conservados por respeito aos demais e para economizar gastos com consertos. A água quente, valorizada na época em que inicia o inverno, dependia da conservação do chuveiro elétrico, frequentemente esquecido ligado pelos moradores após seus banhos. Seguiu falando. Sugeriu uma reunião com o resto do pessoal, visto que, naquele dia, nem todos estavam ali para refazer essas combinações. Essa reunião, segundo ele, também poderia servir para viabilizar o mutirão que reformaria o piso do corredor comum, assim que se conseguissem os materiais. Para as crianças com asma, sugeriu que o Posto pudesse prover um nebulizador a ser deixado na casa da criança pelo tempo que fosse necessário, evitando uma ida ao Posto. Uma proposta de acordo com os princípios de *ponta* da moderna atenção domiciliar, não?

O primeiro cego que não sabia ler em *braille* e não sabia como acessar o Posto, também não parecia saber nada daquilo que o outro cego propunha. Os que enxergavam bem, também não. Não enxergavam as possibilidades de melhoria sugeridas, nem sequer enxergavam a sujeira e a má conservação dos banheiros. Não enxergavam as baratas, os ratos. Não *enxergavam* o frio que se aproximava, nem um futuro próximo um pouco melhor, dentro do possível.

Em nossas discussões de subequipe, quando decidíamos sobre essa intervenção no Pombal, tentamos levantar os problemas principais de saúde mediante a

informação dos prontuários e do conhecimento prévio que alguns componentes já tinham sobre a situação. Lembrome bem da preocupação especial com *os três ceguinhos*. Somente indo até lá constatamos que os problemas eram em maior número do que havíamos estimado...

Cabe a pergunta: os necessários registros descritivos que alimentam prontuários e sistemas de informações, cuja essência é composta de palavras supostamente fechadas em seus sentidos (asmático, portador de deficiência visual e transtorno esquizo-afetivo, faltante à coleta de CP, baixa renda, analfabeto, casa de alvenaria, hipertenso, TA 120/80, IVAS, NIC III) e que devem, assim, ser pelo argumento cientificista ou pelo objetivo de descreverem, minuciosamente e sem equívocos, uma situação de saúde de um coletivo ou de um indivíduo, realmente são suficientes para apreender o que se passa em cada caso e permitir intervenções adequadas?

Na experiência relatada há pouco, em quem encontramos melhores condições em termos de subjetividade, saúde, cidadania, humanidade, ou seja, de vida? No pobre cego ou nos que enxergavam por onde costumam andar? E para aqueles que, apressadamente, venham a concluir que os cegos, por assim serem, têm acesso a uma *visão* outra que os enxergantes não têm, lembrem que havia um segundo cego, que, assim como os demais, pouco *enxergava* também.

Um psicanalista não é necessariamente um cego. Enxerga e precisa enxergar o corpo. Foi ensinado que o corpo não se estrutura, ganha tônus, orifícios, funcionalidade, movimento, apenas pela maturação biológica, mas pela palavra e pelo desejo do Outro que a palavra carrega consigo. Freud resolveu, na contramão dos colegas de seu tempo que estavam ocupados em *olhar* para a histérica,



escutar a histeria. Eles só puderam descrever sobre o *teatro*, o *fazimento*, o espetáculo que os seduzia naquelas mulheres sedutoras e, um pouco assustados com seus próprios desejos, deixaram-nas falando sozinhas. Freud, sabemos, não recuou. Foi muito mais longe e permitiu-nos ir também. Se quisermos.

* * *

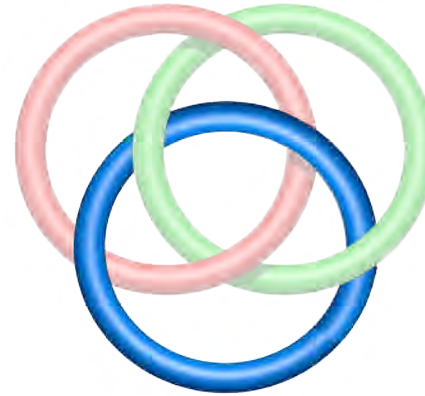
Uma necessidade de escolha está sempre lançada. A cena estruturante deste ensaio parece ser o efeito de uma escolha geradora de possibilidades; todas proporcionadas pela relação entre teoria e prática em uma Equipe de saúde e pelo seu desejo em relação ao próprio trabalho. Quais os efeitos para a formação que podem advir: das múltiplas relações na cena entre profissionais mais experientes e residentes, do ato cooperativo de planejar e executar a intervenção, do simples observar ou da subsequente reprodução dessa mesma cena, como por exemplo, nas reflexões, nos testemunhos ou mesmo nos ensaios de cada um quando surpreendidos em outro momento de atuação profissional no futuro? De outro lado, até que ponto os elementos cotidianos que compõem a cena são percebidos pelos integrantes da Equipe como oportunidades de aprendizagem?

Seja como for, posso afirmar, sem dúvida, o quanto aquela atividade marcou a Equipe. Falou-se, lembrou-se, revisitou-se com novos residentes a quem se mostraram fotos e contaram novas versões das histórias, durante muito tempo depois. Foi digno de nota o prazer deduzido pela Equipe com aquele modo de proceder que costuma ser a exceção e não a norma do processo de trabalho. Por que, mesmo, costuma haver tanto sofrimento e queixas dos trabalhadores com sua rotina laboral?

Nesse momento apenas ousarei propor que a dedução da parcela significativa de prazer, que de modo consciente ou não – visto que não importa nesse caso – construiu-se como experiência para a equipe, tenha sido fruto da própria aprendizagem e da sua possibilidade de transmissão aos residentes. Essencialmente na medida em que foi suportável aos integrantes da equipe deixar em suspenso o saber técnico e os protocolos para, naquele encontro, aprender uma novidade sobre a população e uma forma de acolher a sua forma de abordar a vida.

Por outro lado, como seria a aprendizagem, se o encontro entre a equipe e seu interlocutor fosse frustrado em suas expectativas pré-determinadas?





UM DESENCONTRO – Motivação e Escuta

Qual é o motivo para alguém iniciar o uso de qualquer tipo de droga? As más companhias, como se pensava no tempo dos nossos avós ou a falta de perspectiva para viver dignamente, como se postula *hodiernamente* nos meios acadêmico-pensantes? É uma questão daquelas! Daquelas que faz cair no ridículo, para o meio acadêmico-pensante, o primeiro que tenta dar uma resposta simples e definitiva, ao mesmo tempo em que o faz cair *nas graças* como *grande pessoa* pelas opiniões de (bom) senso comum.

Portanto, melhor evitar tal situação embaraçosa e perguntar, talvez: Qual a *motivação* para alguém parar de usar drogas? Embora guarde um tom capcioso, essa parece ser a pergunta mais importante para os profissionais que se empenham na desintoxicação e acompanhamento de usuários de drogas, em situação de tratamento. Digo isso, porque foi o que ouvi de uma equipe que tem essa tarefa como cotidiano de trabalho. “Dê-me motivação e eu darei 100% de cura em retorno”, foi o que se disse num desses encontros de equipes multiprofissionais, com pretensão interdisciplinar, para discussão acerca do trabalho integrado na produção do cuidado em saúde. Passo a relatar melhor como foi esse encontro, para que se justifique a afirmação

acima sobre qual seria a pergunta mais importante que se deve fazer numa equipe de saúde que lida com o problema do álcool e das drogas.

Uma equipe de Unidade Básica de Saúde não trabalha apenas com o problema em questão. A clínica dos cuidados primários, longe da simplicidade, também passa distante da especialização em um só campo. No contexto da APS, lida-se com situações frequentemente complexas, nem sempre de fácil abordagem, a exemplo dos diversos casos que implicam abuso de drogas. Mas não só com isso. Portanto, há muitos agravos com que se ocupar, não sendo necessário muito esforço para buscá-los.

Mas buscou-se. No encontro em que a referida frase foi proferida, o objetivo era aprimorar um trabalho que já se fazia. Já se atendiam pacientes que revelavam em consultório a vontade de parar com o uso da droga. Mas, quem sabe, se podia fazer melhor? Ou, quem sabe, descobrir formas de atender com mais propriedade a esses problemas?

Fomos, então, visitar um CAPSad. CAPS é a sigla desse dispositivo antimanicomial chamado de Centro de Assistência Psicossocial. O *ad* não é a sigla de *anno domini*, mas bem que poderia ser neste caso, como se revelaria mais tarde pela interlocução com a equipe que pareceu arrogar-se como lugar inaugural de toda a sabedoria e redenção sobre o assunto. O *ad*, no entanto, refere-se a *álcool e drogas*.

Depois da primeira visita, em que nos foi mostrada a casa e seus frequentadores, retornamos à nossa equipe com notícias sobre o funcionamento e as vias de acesso do usuário de drogas àquele espaço de atenção e cuidados. O primeiro movimento da equipe foi de reunir e socializar o conhecimento e práticas acumuladas acerca do problema.



O segundo movimento foi sistematizar propostas de atuação e algumas perguntas para a equipe do CAPS, que seria convidada a vir conversar conosco, para tentarmos estabelecer uma rede mais resolutiva de atenção ao problema e aprender mais alguma coisa a partir dessa interlocução.

Do ponto de vista da representação da multiprofissionalidade, sempre vista com bons olhos nessas situações, a reunião foi bem frequentada. Da nossa equipe, sentiram-se convocados a participar médicos, enfermeiras, psicólogo, assistente social, farmacêutica e dentista, dentre eles, residentes e profissionais contratados. Da equipe do CAPSad, tivemos a presença de uma assistente social, uma psicóloga e uma médica geral. Para completar, chegou logo depois um psiquiatra que atua junto às equipes de APS do nosso Serviço. Tínhamos reunido um bom grupo, em aparência. Entretanto, é nessas horas de prática que a interdisciplinaridade pode mostrar sua cara feia. Ela a tem, mas quase nunca se fala sobre isso.

De início, a reunião transcorreu de modo natural: as pessoas apresentando-se, estudando-se e imaginando o que se passaria na cabeça dos outros, que conhecimento teriam e que intenções demonstrariam no decorrer da conversa. Essa reunião, em especial, que envolvia um Posto e um CAPS, ainda acabava por constituir um elemento que, quando presente, é essencial na atenção aos problemas da área da saúde: a rede. Rede que configura um dispositivo dos mais incensados em diversos âmbitos que inclusive excedem o da saúde. A situação está complicada? Recorramos à rede. Quais os recursos de que dispomos para lidar com a complexidade de tal problema? Lembra-se da rede. Com quem podemos contar para ajudar aquela equipe ou mesmo aquele paciente? A rede de serviços, no primeiro caso e a rede social de apoio, no segundo.



No nosso caso, encontravam-se frente a frente duas malhas de uma possível rede: o Posto de Saúde e o CAPSad. Quando serviços assim se encontram, corre-se o risco de gerar uma rede. Rede de *compromissos*, para início de conversa. Rede de *petições*, para estabelecer e efetivar o plano de trabalho; e é aí que um encontro pode adquirir os tons de um desencontro. A demanda de trabalho em serviços de saúde num país modesto em qualidade de vida dos seus cidadãos, para usar de eufemismo, é sempre maior do que o potencial em atendê-la. Quando dois serviços se encontram, essa demanda costuma aumentar, pelo aumento da visibilidade acerca dos problemas, mas também pelas petições e compromissos (MEHRY, 1997) que acabam se estabelecendo.¹

Aumento de trabalho, quem deseja? Mas a Rede e a Interdisciplinaridade são conceitos que deveriam tornar possíveis as missões impossíveis do cotidiano das ações em saúde, entre outros campos. Mas, por que são tão difíceis esses encontros de saberes e potencialidades?

Voltemos à cena. Num início de tarde de trabalho, recebemos os colegas do CAPS. Tomei a palavra para situar ambos os grupos quanto às propostas daquele encontro sobre os que sofrem com o uso de drogas. Tentei deixar claro que se tratava de uma reunião para criar um laço de parceria de trabalho entre as equipes e não de sua delegação a uma instância supostamente especializada no tema como uma forma de sublinhar o comprometimento mútuo e a suavização da tarefa para ambos os grupos. Passei a palavra aos colegas que comentaram o que fazíamos, e compartilhamos um pouco de nossas pesquisas sobre o tema, trazendo material escrito, fluxogramas, tabelas, para efeito de primeira comunicação. Embora uma boa história

¹ Petições e compromissos: conceito de E. Mehry que se refere à rede de trabalho entre as instâncias dentro de um sistema de saúde como o SUS.

não mereça que se encurte sua narrativa, vou resumir o que ouvimos dali em diante para chegarmos às reflexões sobre o acontecimento.

Com interesse, inicialmente ouvimos uma colega de muita experiência atestada pelos seus trinta anos de prática médica, como revelara ao grupo na sua apresentação inicial. É a ela que devemos o crédito da frase que nos levou a presumir que o sucesso garantido do tratamento das drogas repousa na força da motivação, por parte do paciente e na técnica da escuta, por parte do profissional. Dissertou com aparente propriedade sobre as condições que levam alguém às drogas; trouxe exemplos de atitudes que o médico deveria tomar frente ao paciente para motivá-lo; indicou um livro sobre como entrevistar e motivar ao mesmo tempo, tudo isso enquanto citava esporadicamente a palavra escuta. Ainda, sustentou a necessidade de comprometimento do médico da atenção primária com o tratamento desses pacientes. É sua prerrogativa, sua responsabilidade e deve ser de sua capacidade, tratar do alcoolismo e das drogas, o fez com a veemência de seus trinta anos – de experiência.²

Meus colegas ficaram um pouco calados. Demais, para o meu gosto. Resolvi intervir e reiterar minha fala inicial sobre a idéia de uma parceria de trabalho. Adicionei que nosso Posto de Saúde trata de muitos problemas, e isso aumenta muito a chamada demanda, mas que estávamos dispostos a prestar maior atenção ao problema do sofrimento pelas drogas e pelo álcool, tão prevalente na população do território em que trabalhamos. Além dessa, lembro-me de uma intervenção de um doutorando – o acadêmico de último ano do curso de medicina que ali cumpria seu estágio – que lançou um questionamento sobre a facilidade de tratar quem já está motivado, constituindo

² Recomendo fortemente o texto “Experiência”, de 1913 (BENJAMIN, 2002, p.21 em diante), como ilustração e reflexão sobre o termo e a situação.



situação problemática, quando ocorre o caso inverso. Seu posto e lugar na equipe foram questionados e, em seguida, a resposta merecida seguiu a linha de menosprezo pela sua pouca idade na profissão. Depois disso, apenas um colega de equipe, médico, ousou tomar a palavra naquele dia e, numa espécie de justificativa defensiva encerrou aquela reunião com a lembrança sobre o fato que nenhum paciente de nosso território havia sido encaminhado ou estava em atendimento no CAPSad naquela ocasião, segundo a última atualização do sistema de informações de que dispomos. Após essa fala, nada além de despedidas, agradecimentos, cumprimentos e constrangimentos.

“Enviem-me qualquer número de pacientes motivados e eu retribuo 100% de sucesso no tratamento das drogas.” Uma frase de efeitos. Mas, quais? Desarticulação, desmotivação, sentimento de não terem sido escutados nossos propósitos a respeito da reunião. Não se falou mais em algo parecido na equipe. Apatia e nenhuma ação a mais no sentido da articulação que buscávamos. Para não dizer que nenhum efeito produtivo ocorrera, alguém parece ter comprado o livro indicado pela tal colega. Esse foi o rescaldo de um encontro multiprofissional em que não só a interdisciplinaridade em potencial não se efetivou como a rede fora destrocada, e não houve nenhuma outra proposta de comunicação entre os serviços.

Desmotivação e sensação de não termos sido escutados? Há algo de estranho aí, não? Já se sabe por quê? Parece isso mesmo: uma questão de *motivação* e *escuta*.

Uma rápida análise da cena revela que, durante cerca de uma hora, presenciamos uma profissional com experiência na área (*expertise*), que soube discorrer sobre o tema em questão com aparente propriedade, estabelecer normas práticas de abordagem, mostrar autoridade

em prescrever condutas e, por fim, indicar literatura especializada que auxiliaria a equipe a seguir aprendendo.

Terá faltado alguma coisa para que pudéssemos avaliar como completo esse ato educativo empreendido pela *expert*? Depende. Tecnicamente perfeito em termos de demonstração e transmissão de conhecimento segundo a escola tradicional, como seria avaliado em termos de efeitos provocados, para que se atingissem os objetivos da melhoria no atendimento aos usuários de droga, o que parece ser o principal no processo?

Analisemos agora com mais vagar alguns detalhes da cena para tentar esclarecer aspectos de máxima importância para o trabalho em Saúde.

a) **A frase de efeito:** “Dêem-me um paciente motivado e eu retorno em 100% de cura.” É preciso ser um *novice* frente à *expertise* para aceitar essa afirmação como verdadeira sem questioná-la.³ A frase em si, imaginária, por que vazia de outra consistência, não tem tanta importância em si quanto o que ela pode revelar da posição de quem a enuncia. Uma posição de mestria, sem dúvida. *Sem dúvidas*, também. Uma frase cujo lugar de enunciação situa aquele a quem nega a si mesmo o *não saber*. E, assim, por essa triste condição que lhe deixa isolado do outro, como poderá ainda ter a possibilidade de formular uma pergunta que leve em conta o que o rodeia? É a morte, o fim do pesquisador, o fim do entrevistador, o fim da carreira por aonde se vai trilhando a vida. O mestre profere; o mestre professa. O mestre não escuta.

b) **A indicação do livro** (àqueles que acreditam em tudo que lêem): Mas o que é um leitor? É aquele que aceita de bom grado tudo o que o autor diz ou aquele que o faz

³ Ironicamente, o primeiro a manifestar verbalmente inquietação fora o estagiário da medicina. Aquele a quem ainda não se atribui a completude da formação.



de forma crítica e refletida? Não é problema a ser resolvido aqui, mas vale a reflexão. A colega indicou um livro intitulado *A Entrevista Motivacional* com a seguinte frase: “*Entrevista Motivacional, para todos vocês!*” Uma literatura atual e avalizada pelo mestre, quem não gosta? Deve ser dessa fonte que bebeu toda sua sabedoria – costumamos pensar – e corremos para buscar um jarro na esperança de também termos acesso a um saber que nos torna mais poderosos em nosso fazer. Mas, leiam o livro, leitores. Não têm tempo ou interesse? Leiam só o título, então. Pensem. O livro procura ensinar uma técnica cujo objetivo é motivar o entrevistado. Por intermédio do suposto conhecimento psicológico sobre as condutas e a personalidade, prescreve atitudes do entrevistador para motivar, causar, dar o mote que faltava, para que o entrevistado tome uma nova atitude frente sua condição de vida. Onde entra a escuta, se já sabemos aonde queremos chegar? Uma entrevista para a qual se necessita recomendações técnicas específicas e que já tem circunscrito o seu propósito, só serve ao convencimento e à persuasão. Uma entrevista que exclui de seu escopo estar aberta às inimagináveis situações possíveis da singularidade do sujeito, exclui também o próprio entrevistado. Uma entrevista desse tipo nada tem a ver com a escuta.

c) **O procedimento do médico:** O médico da atenção básica deve responsabilizar-se e não encaminhar o alcoolista a outros níveis de atenção ou serviços. Deve saber diagnosticar e motivar o paciente para que mude de vida ou o seu futuro já se sabe qual vai ser: a morte. Aliás, é isso que se deve dizer em último caso para o alcoolista ou drogadito pouco *motivado* para o tratamento, segundo nossa colega. Deve estar no Livro essa recomendação. Não é que não funcione a técnica do *joelho*⁴, ou em

⁴ Termo cunhado por Luís Fernando Verissimo, escritor gaúcho, referindo a técnica psicoterapêutica preferida do seu clássico

termos mais científicos, da *dessensibilização*, conforme a psicologia do comportamento, mas, onde ficam a escolha e a responsabilização da pessoa pelo que faz com sua vida? Uma escuta, que está longe de resumir-se ao silêncio condescendente frente à miséria do outro, no mínimo deve poder auxiliar um sujeito a posicionar-se quanto a esses dois aspectos. Que escolha teria o paciente, se considerarmos o procedimento prescrito aos médicos da Atenção Primária? E, no caso de o paciente acabar por escolher *a vida ao invés da bolsa*⁵, quem é que fica na posição de sustentáculo por tal escolha? Sim, sem dúvida o médico, não o paciente. Estaria aí o engodo recalcado responsável pela relação protocolar ou prescritiva naquela escuta ou na atitude defensiva frente ao compromisso na rede?

Além desse aspecto sobre a escuta, cabe lembrar que, no final da cena, a equipe, através da boca do médico constrangido ou incomodado, veio informar gentilmente à nossa colega que nenhum integrante da equipe havia encaminhado ninguém para tratamento, até aquele momento, exclusivamente no CAPS. A questão do encontro era *outra*. Que dizer dessa escuta? E da motivação, depois de tudo?

Um comentário final. O propósito de evidenciar essas cenas do encontro de nossa Equipe da UBS com o CAPSad, que atende a população de nosso território, é trazer para o foco uma discussão que parece importantíssima de ser feita no contexto da saúde no País. Além de exemplificar com cores nítidas os efeitos possíveis de encontros como esse que se dá através da lógica do matriciamento, da supervisão

personagem cômico no livro *O Analista de Bagé* e que guarda semelhança com a atitude prescrita pela colega em casos extremos.

⁵ Referência ao dito do assaltante para sua vítima que a interpela por meio de uma escolha, quando, na verdade, ela não existe, num exemplo de lógica cínica: “a bolsa, ou a vida!” (se escolhe a bolsa, a vítima fica sem as duas).



e do trabalho em equipe multiprofissional, a análise da nossa reunião permite lançar questões sobre um conceito que está se tornando, como dizíamos há algumas páginas, bastante popular no contexto da atenção e do cuidado em saúde: a escuta. Hoje, na área da saúde, todo mundo diz ser necessário saber escutar. Porém, não se trata de auscultar, pois há que escutar para ser um profissional atento ao paciente e às suas necessidades em saúde. Escuta-se, salvo alguma surdez congênita ou adquirida, em toda a parte do universo dos serviços de saúde. Mas escuta-se o quê, mesmo?

A cena, entre outros aspectos, exemplifica o uso do termo *escuta* feito a esmo, e desqualificando o potencial desse ato. Escutar é, sim, um ato. Sustenta-se seja por uma clínica, seja por uma teoria – ou por ambas – e respeita uma ética, portanto.

É comum – num claro surgimento languageiro que denuncia que há algo de podre no reino da palavra *escuta* – encontrar o termo *escuta ativa* para designar aquela escuta realmente interessada no falante. Entretanto, não serve aos propósitos do campo do trabalho com sujeitos uma escuta que não seja ativa por princípio. Acabara de dizer que escutar é um ato e uma ética. Escuta passiva é, ao menos, um ato dissimulado daquele que não sustenta nem o seu desejo de informar ao interlocutor que ele o está perturbando e que não lhe importa naquele momento saber nada daquilo que é dito. É o ato e a denominação que se aplica igualmente às propostas terapêuticas que têm por base o trabalho no nível puramente imaginário: aquelas com início, meio e fim, pré-determinados, em que tudo parece *fechar* numa produção de sentido ideal. Nelas, corriqueiramente, encontramos o dito terapeuta *fazendo semblante* ao paciente, para demonstrar-lhe empatia com o seu sofrimento e gerar o efeito acolhedor que faz parecer que o profissional entende muito bem o que ele está

passando. Isso tem seus efeitos. Embora todos imaginários: o paciente imagina que foi compreendido (fecha), o terapeuta imagina que compreendeu (fecha); o paciente imagina que só o terapeuta possa reconfortar-lhe sempre que precisar e o terapeuta, finalmente, acaba imaginando que tal coisa diminua os episódios de desassossego do paciente (negócio fechado). E nosso terapeuta acaba imaginando que pode ir dormir tranqüilo por ter feito algo que partiu de seu bom coração (fechou tudo! E não se *fala* mais nisso⁶). Efeitos que levam, na melhor das hipóteses, a uma nova dependência. Uma dependência pior, porque pode ser mútua.

A motivação, entretanto, como elemento fundamental do cuidado àquele que goza do seu corpo através das drogas, **sugere a escuta**. A escuta que o implique no discurso. Um ato muito possível ao médico da APS, e que supõe um trabalho *com* o paciente e não *sobre* ele. Preste-se atenção na fala daqueles que lidam e tratam com os dependentes da droga, e é fácil fazer o diagnóstico quanto a seu ato e sua ética de escuta. Os que implicam o sujeito no seu ato de escuta raramente proclamam que estão *tratando o alcoolismo ou a drogadição*. Não perdem de vista o sujeito que padece do problema e tratam *com* ele. Isso também conta. Ou não?

Um adendo sobre a ciência e a escuta

Aprendi, a partir de minha filiação teórica em Freud, e comprovei pela prática clínica, que não existem duas psicanálises iguais. Esse é um ensinamento freudiano que, embora muitos psicanalistas tenham desconsiderado

⁶ Aqui, se for profissional da saúde, convido o leitor a pensar quantas de suas atitudes profissionais no cuidado fazem *falar* e quantas fazem *calar* o seu paciente.



com o tempo, ressalta a singularidade de cada caso, de cada sujeito. É arriscado, sob pena de faltar com o rigor necessário, deixar de evocar a história da psicanálise no momento em que colocamos em evidência o tema *escuta*. Mas o que Freud escutava? Como sugeria que se procedesse à escuta⁷?

Em termos sucintos, Freud escutava o desejo. Assim, incluía na sua ciência o *sujeito do inconsciente*, e procedia sem valorizar apenas alguns dos aspectos da fala do paciente. Recomendava aos psicanalistas não procurar curar, entender, sair interpretando, mas consignar que o paciente devia dizer *tudo o que lhe viesse à cabeça*. Começou escutando as mulheres as quais ninguém queria dar ouvidos. É curioso que, ainda hoje, costuma-se seguir não dando ouvidos a elas: às poliqueixosas, às que se fazem como num teatro e enganam os doutores, costuma-se diagnosticar que nada têm de enfermidade. Há progresso na Ciência?

Mas o que Freud percebeu e o fez sustentar todo seu ato terapêutico numa simples⁸ *escuta*? Percebeu que nem sempre se é senhor de suas próprias motivações, que há algo no viver do ser falante que o impulsiona para o *consumir-se até a morte* e, por isso, ele precisa de um princípio do prazer que o impede de ir até o final. Percebeu que o inconsciente não é nada que se pareça com um sentido que está guardado como uma verdade da nossa existência, mas, que, ao invés disso, era efeito da cultura, do Outro, do fato de haver linguagem, da palavra, enfim. Por *isso* se escuta. Escuta-se a palavra. Só que ela não é plenamente nossa e não temos completo domínio sobre as diferentes possibilidades enunciativas que produzimos.

⁷ Adiante, na p.65, o leitor encontrará uma elaboração sobre o tema da escuta em seus aspectos gerais que pode servir como suplemento para a argumentação seguinte.

⁸ Simples?



Por isso, uma atitude ética de quem pesquisou o ser falante além de sua porção supostamente senhora de si – o *ego* – é não privilegiar nada do que o paciente diz e, ao mesmo tempo, não achar que compreendeu. Mas, ao menos para início de trabalho, implicá-lo naquilo que a sua fala revela do seu desejo e do gozo de seu corpo, como o caso do drogadito e do alcoolista, para citar apenas esses.

Como, então, pretender escutar circunscrevendo aquilo que o sujeito pode dizer na entrevista? A combinação impositiva ao que pode ou deve ser dito é impostora, pois limita o que não há como limitar: o sujeito do inconsciente, que deseja além da vontade consciente e diz mais do que quer dizer na medida em que seja convocado a falar. O leitor atento já pode concluir, portanto, que o propósito da escuta passa bem longe de tirar confidências do paciente ou firmar com ele uma promessa de seguir a prescrição.

Mas, então, por que alguém teria a ideia de organizar um manual que contenha o saber acumulado sobre os condicionantes da motivação do ser falante⁹, e excluiria o fato de que sua combinação focal de entrevista será subvertida, por mais que o entrevistador se esforce? O que faz com que muitos outros manuais sejam editados para ensinar como entrevistar para saber apenas o que se quer saber? E por que há tanta procura por eles?

O objetivo dessas publicações é sempre saber coisas de um sujeito que quase nunca sabe o que ele mesmo quer, mas que pode revelar em qualquer instante de uma entrevista, se for realmente escutado. O objetivo dessas entrevistas com sobrenome (entrevistas motivacional, admissional, psicológica, psiquiátrica etc.) é tomar posse de uma informação sobre o paciente da qual já se sabe

⁹ Visto que motivar um cachorro, um gato, um cavalo, todo mundo sabe como fazer: usa-se comida ou sua privação e atingem-se os objetivos de adestramento. Por que não é tão fácil com o bicho homem?



alguma coisa para, dessa forma, intervir segundo aquilo que igualmente já se sabe como fazer. Não é curioso observar que não existam manuais que ensinem a entrevistar para descobrir uma novidade, algo inesperado, sobre o paciente? Por que isso parece não ser importante? A busca do inesperado não faz parte mais do método científico?

Minha hipótese sobre essa condição contemporânea recai sobre os efeitos do discurso da Universidade e de um dos seus sintomas, a angústia da mestria. Qual é a angústia da mestria? Ora, se o lugar enunciativo do mestre contemporâneo é o tudo saber – como efeito do discurso da Universidade – a sua angústia é o *nem tudo* saber.

Nem todos são mestres, entretanto, e, nesse caso, parece ser o pouco interesse contemporâneo pelo que é da experiência do outro o que provoca o efeito da necessidade, da avidez, pelo manual de instruções para escutar. Walter Benjamin é um autor que novamente pode dar um sólido suporte ao que acabo de propor. Dizia ele que, na modernidade¹⁰, perdeu-se o interesse pelas narrativas: aqueles pedaços de história que fascinavam e cativavam ouvintes por trazerem consigo algo que poderia ser compartilhado como experiência por todos. Em *Experiência e Pobreza*, texto de 1933, Benjamin (1994, p.114) denuncia o declínio da experiência (*Verfall der Erfahrung*) humana, ou seja, dos laços que sustentam a própria humanidade como uma história compartilhada e transmitida geracionalmente. Transmissão que é da Cultura – e faz-se pela palavra, diga-se de passagem, porém com muito efeito. Podemos pensar, com Benjamin, que hoje seja mesmo difícil de suportar a palavra do outro, pois ela raramente vai fazer soar algo de compartilhado em nós mesmos. Com o declínio da experiência, cai, junto, a figura do narrador, pois ele não conta mais com o ouvinte. Não há

¹⁰ Escrevera isso na primeira metade do século XX.



testemunhas e, dessa forma, nem testemunho que valha à pena. O homem contemporâneo¹¹ acaba defendendo-se da experiência que vem do outro – que nada lhe pode dizer – por ela não levar a nenhuma riqueza como saber sobre si. Não havendo saber que interesse na narração do outro, sobra destrinchá-lo, descrevê-lo, normalizá-lo.

Mas, deseja-se que todos profissionais, comumente os egressos da Universidade, saibam escutar na área da saúde. E há quem o faça, sim, muito bem. No entanto, seria despropositado admitir que aqueles que compreendem o *sujeito*, excluindo a hipótese do inconsciente, e a *linguagem* apenas em seu aspecto utilitarista de informar, costumam ter mais dificuldade em sustentar o que estejam fazendo – e até mesmo desconfiarem do potencial da tarefa –, quando se lhes sugere escutar o paciente? Por exemplo, é notória, embora nem sempre revelada, a perspectiva entre esses profissionais de que a escuta seja algo pertinente como intervenção apenas pela atribuição de bondade, humanização do cuidado e sensibilidade afetiva, implícitas no próprio ato ou eficaz, apenas quando eles arriscam um conselho a um paciente que passa a segui-lo como uma prescrição. Tanto num caso como no outro, o efeito é efêmero, e faz com que aquele que procede a escuta retorne ao estado inicial de desconfiança. Outros costumam ser mais sinceros, ao dizer que não cedem de emprestar sua atenção a qualquer coisa que venha do outro, embora rapidamente se surpreendam ignorantes do que fazer com o dito inesperado, fora da combinação daquilo que se poderia ou não falar.

A escuta adequada aos propósitos essenciais do cuidado em saúde, *a fortiori*, parece poder fraturar em alguma medida os efeitos do discurso Universitário, porque não pode supor um saber prévio daquele que escuta sobre

¹¹ Podemos pensar aqui no entrevistador, para efeitos didáticos.



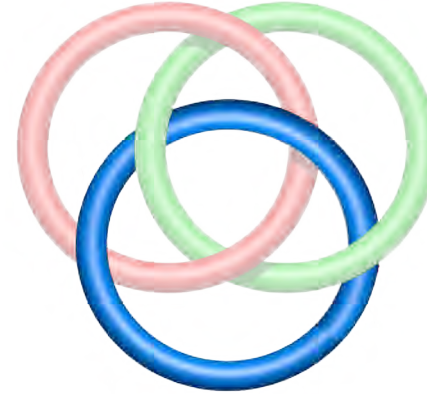
quem é escutado, sob pena de ledos enganos. É um tipo de escuta que angustia quem a presta, pois lhe parece que não há lugar onde se agarrar, não há o que fazer imediatamente com o que fora escutado. É uma tecnologia muito mais fina do que a da outra que, de escuta, acaba tendo muito pouco, em favor de uma tentativa de convencimento e persuasão.

Enfim, com respeito aos dilemas do homem contemporâneo, com a ocupação da ciência apenas com o que seja visível ou representável, com as disputas e a relação dos indivíduos com o conhecimento, com os lugares de mestria, bem que caberia perguntar, se esse ato já não fosse escasso:

— Como ter motivação para a escuta hoje em dia, sem dar espaço à dúvida, à pergunta e sem que se suporte a incompletude de nossos saberes?

* * *

Nesse momento, oferece-se ao leitor a intromissão esclarecedora de dois pequenos textos de apoio. O primeiro consiste de uma elaboração teórica sobre o tema da *escuta*, com o qual se torna possível propor que o termo designa um ato que implica o sujeito do inconsciente e que respeita a singularidade do que cada um pode realizar em determinado momento de sua história de vida. Em seguida, uma breve orientação sobre a teoria lacaniana dos *discursos* que, por sua vez, serve de fundamento para a construção de uma crítica do discurso da Universidade como organizador da formação em situação de Residência Integrada. O restante dos ensaios que compõem a *Coleção* sucede essa intervenção explicativa, concluindo, assim, o desenho do grutesco.



ESCLARECIMENTO A RESPEITO DA ESCUTA —

Como um conceito-chave para o
cuidado integral em saúde

As sociedades tradicionais conheciam dois lugares de escuta, ambos alienados: a escuta arrogante do superior, a escuta servil do inferior (ou dos seus substitutos); este paradigma é contestado hoje, de uma maneira, é verdade, ainda grosseira e talvez inadequada: julga-se que para libertar a escuta basta que cada um tome a palavra, - enquanto uma escuta livre é essencialmente uma escuta que circula, que permuta, que desagrega, pela sua mobilidade, a rede fixa dos papéis da palavra: não é possível imaginar uma sociedade livre, se aceitarmos antecipadamente preservar nela os antigos lugares de escuta: os do crente, do discípulo e do paciente.

(BARTHES, 1984, p.210)

Com sentimento de triunfo e algum constrangimento, costumamos lembrar uma vitória que a Constituição de



1988, chamada “Constituição Cidadã”, obteve ao garantir, pela primeira vez na história do Brasil, o direito irrestrito à saúde a todo aquele que nasce e mesmo àquele que apenas pisa em território nacional. Uma vitória tão magna quanto a Carta que a promulgou, visto que o sistema democrático de saúde lançado por intermédio dela é um produto intelectual e político totalmente nacional. O constrangimento que costumamos relevar fica por conta da data de sua instauração – apenas no final do século XX – um tanto tardia, em se tratando do direito – humano para uns e sagrado para outros – de todo homem ter acesso a recursos básicos para sua vida independentemente de sexo, cor, credo, produtividade ou recursos financeiros. SUS, sigla amada e odiada nos debates públicos e privados, é o nome pelo qual conhecemos o sistema de saúde que segue revolucionando o pensamento e as práticas da área no Brasil. O sistema que se quer único em todo o País foi se configurando e criando seus dispositivos a partir dos novos entendimentos e paradigmas a respeito da saúde. Tal qual areia e cimento, as práticas e os conceitos vêm formando a argamassa que solidifica ano a ano a proposta representada pela ideia do SUS.

Tanto na gestão, quanto nas ações de atenção à saúde, é comum encontrar como suporte uma série de ideias que conformam os dispositivos e práticas. Alguns deles são representados pelos princípios do SUS ou por produções a partir deles, como o acolhimento, o vínculo, a resolutividade, a autonomia, elementos do que se convencionou chamar de cuidado integral; outros, por conceitos como a clínica ampliada, a singularidade dos sujeitos e dos territórios, a intersubjetividade, entre os principais. O respeito à singularidade, a clareza sobre o cuidado integral, que amplia o conceito contemporâneo de clínica, a necessidade do vínculo entre equipes, pacientes e

mesmo comunidades inteiras, para o trabalho em educação e prevenção em saúde, parece ter levado a uma valorização – por vezes excessiva, talvez – dos discursos que constroem conceitos sobre a *escuta* no campo das práticas em saúde.

Nada a se estranhar, na medida em que é pela voz que um ser tem a possibilidade de estabelecer relação com o outro, ainda que seja por um simples grunhido. Os paradigmas do pensamento que privilegia a relação com o outro, o respeito às diferenças e a valorização do subjetivo e que tem inspirado novas práticas em saúde e entendimentos sobre o adoecer parecem encontrar seu melhor recurso no ato de *escuta* no contexto das práticas do cuidado integral em saúde. Costumeiramente, chamam-na de *escuta ativa*.

Mas o que se tem entendido por essa atividade auditiva? Benevolência e esforço de compreensão abnegada são algumas de suas atribuições observadas nas práticas em saúde. Também a encontramos como forma de dar apoio e demonstrar empatia com o enfermo. Todas elas, segundo opiniões facilmente coletáveis no cotidiano das equipes, circunscrevem a *escuta* como uma tarefa pouco resolutiva e que depende de muito tempo e paciência, coisas de que nem todos os profissionais dispõem ao mesmo tempo durante sua jornada de trabalho. São essas as características da *escuta* que se procura tanto conseguir nas práticas em saúde? A relevância da questão, tendo em vista o aparente grande interesse acerca do tema *Escuta*, torna pertinente procurar fazer sua crítica e refletir sobre ela, portanto.

Barthes (1984), em artigo enciclopédico escrito com a colaboração de Roland Havas, ressaltava o caráter moderníssimo da *escuta* como conceito. Esse ato que obriga o sujeito a renunciar a sua intimidade não figurava como elemento em nenhuma enciclopédia passada, e



jamais constituiu parte importante de alguma disciplina científica reconhecida. Na sua empreitada de conceituar brevemente a escuta, Barthes a distingue em três tipos. O primeiro refere-se à escuta dos indícios. Nesse nível, nada distingue o homem do animal, na medida em que ambos a utilizam como um sinal de alerta. Tudo o que pode perturbar o território natural – seja o alimento ou o predador para o animal e os barulhos estranhos ou familiares da própria casa para o homem – é captado por esse registro da escuta. O segundo tipo configura a escuta que deixa de ser vigilância para tornar-se criação. É aqui que o homem começa a diferenciar-se do animal, pois através dessa escuta decodifica o indício e confere-lhe sentidos. É esse tipo de escuta que permite àquilo que se encontra enterrado na realidade passar à consciência humana por meio de um código, que, ao mesmo tempo, cifra e decifra o fenômeno. Os sons captados nesse registro não são mais indícios ou traços, mas signos, visto que já tomados numa rede simbólica interpretável. A comunicação implicada neste tipo de escuta pode ser caracterizada como religiosa, pois é a que permite ligar o homem ao mundo revelado, assim como o ligava aos deuses, que falam uma língua enigmática e que precisa ser interpretada para dar sentido à vida – a escuta exegetica. É na escuta da palavra divina que a fé se restabelece. (BARTHES, 1984) Por representar a escuta que sonda, que perscruta, também é a da Ciência, que busca avidamente os sentidos dos fenômenos os quais toma como objeto – a escuta hermenêutica.

Mas a escuta, ao passo que estabelece a injunção de um contato praticamente físico de um ao outro, realiza uma verdadeira interpelação entre dois sujeitos – duas pessoas ou uma pessoa e seu auditório – a qual transforma o *escute-me* em *toque-me, tome conhecimento de que existo*. Assim como a primeira escuta tem o potencial de transformar o ruído em um indício interpretável, o segundo tipo de escuta

traz o próprio sujeito a uma forma dual, pois a interpelação da voz do outro, já codificada e rica de sentidos possíveis e indeterminados *a priori*, conduz a uma interlocução na qual o silêncio de quem escuta é tão ativo quanto a palavra do locutor. (BARTHES, 1984)

A escuta fala. Com essa nova condição ela chega ao seu terceiro tipo. A percepção dos indícios e a interpretação decifradora da escuta dos signos dão lugar ao que Barthes chamou de escuta moderna: a escuta dos significantes. O papel ativo do silêncio – que a interpelação da voz do outro remete àquele em posição de escuta – em muito se diferencia do ato de sondagem ou de identificação do som ouvido a um conceito prévio utilizado para julgamento ou decifração. Esse terceiro tipo de escuta é exemplificado pelas características trazidas modernamente pela escuta psicanalítica.

Por meio da leitura das recomendações de Freud àqueles que vão praticar a Psicanálise, Barthes percebe que há um movimento peculiar da escuta psicanalítica, um zigue-zague entre a neutralidade e o compromisso com a teoria. O deslocamento entre as duas instâncias – a atenção igualmente flutuante que a nada concede privilégio e a construção da teoria – como que provoca a ressonância essencial à escuta da insistência singular de um elemento signifiante presente na fala do interlocutor. Ao não levar a atenção apenas às expectativas da própria teoria, a Psicanálise diferencia-se do paradigma científico, que busca nos fenômenos uma representação da teoria, para não correr o risco de encontrar apenas aquilo que já buscava, ou conformar o objeto de escuta a conceitos prévios. O ensinamento de Freud para os futuros psicanalistas e sua decorrente colaboração com diversas disciplinas de outros campos de conhecimento sobre o elemento humano, foi, em resumo, a escuta do essencial.



Como já referido, a voz inaugura a relação com o outro. Por vezes, a voz de um interlocutor provoca mais do que o seu próprio conteúdo. O movimento do corpo dá origem à voz que não é simplesmente produto sonoro do sopro, mas verdadeira corporeidade, na medida em que indica seu estado e veicula uma imagem possível do corpo que a emite. A voz, ao encontrar a língua, está situada no *entre-lugar*¹ do corpo e do discurso. O zig-zague característico da escuta psicanalítica efetiva-se nessa articulação e, portanto, sua atenção é aberta: não cola unilateralmente na impressão do som ou na expressão do sentido. Este terceiro tipo de escuta tem a possibilidade de estar atento à integralidade da fala do sujeito, ao passo que ouve também o que não é dito.

Escutar segundo sugere a Psicanálise² implica o reconhecimento da história do sujeito e de seu desejo, sem o auxílio do sentido *a priori* proporcionado por um aparelho teórico. Na medida em que a escuta como propõe a Psicanálise dá-se necessariamente no encontro de dois sujeitos, reconhecer o desejo do outro por meio da escuta não é possível sem que se aceite um risco. “O reconhecimento do desejo do outro não poderá, pois, de modo nenhum, estabelecer-se na neutralidade, na benevolência ou no liberalismo: reconhecer este desejo implica que se entre nele, que se oscile nele, que se acabe por se encontrar nele.” (BARTHES, 1982, p.209)

Para proceder com tal escuta não há como se colocar na posição de gozo do espetáculo que a fala do outro pode proporcionar, ao servir de objeto de interpretação de certos escudos teóricos ou mesmo predisposições ideológicas.

¹ Produção teórica de Santiago (1982), cf. referência no ensaio Uma discussão clínica, p.140.

² Aqui não se quer dizer escutar com a técnica psicanalítica, que se dá em situação de análise, mas escutar levando em conta a ética da escuta do essencial: a escuta do desejo, do gozo, das enunciações do sujeito.



Há que suportar o não sabido, o *não sentido*³. Aquele a quem é prestada essa escuta não constitui objeto científico, portanto deve estar imune a toda objetividade de nosso conhecimento, pura interpretação, por vezes imaginária, do real.

Durante muito tempo na história, a escuta definiu-se por um ato intencional e consciente: um querer ouvir o que se apresenta imediatamente. Hoje, admite-se a escuta do implícito, do indireto, das sobreposições do antecipado, do retardado e das incontáveis polissemias. Além disso, é uma escuta em que se assumem as consequências desse encontro com o outro, característica pouco encontrada na relação entre o que fala e o que julga, como aquela inaugurada no período medieval por meio da escuta do Erro do herético na religião ou a do relato sobre a doença, do enfermo ao médico.

Por fim, importa que se perceba que os três tipos de escuta – a dos indícios, dos signos e da escuta dos significantes – convivem. Não se complementam nem se superam. O quadro abaixo traz, esquematicamente, mais algumas referências acerca delas:

³ Expressão que assinala não a falta de sentido, mas sua suspensão.



Quadro 1 - Os três tipos de escuta

| TIPO | O QUE PROCURA | ÓRGÃO/ATO | DEPENDÊNCIA |
|---------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1. ^a escuta | Procura o traço (indício) Operação com o Imaginário | Audição (ouvir) | Depende do órgão |
| 2. ^a escuta | Procura o signo Operação com o Imaginário e o Simbólico | Ausculta (ouvir e codificar) | Depende do órgão e do código |
| 3. ^a Escuta | Procura os significantes Operação com o Imaginário, Simbólico e o Real | Ouvido musical (inconsciente) | Depende do órgão, código e do som (do não sentido, não interpretável <i>a priori</i>) |

FONTE: O Autor.

Reportando-me à epígrafe desta introdução, concluo com Barthes que a escuta até a modernidade contava apenas com a característica de escuta aplicada e, com o auxílio das descobertas a partir da Psicanálise, da Linguística e do Estruturalismo, surge a possibilidade da escuta moderna: aquela que, ao invés de ser aplicada diretamente conforme os desígnios de quem escuta, tem o potencial de se deixar surgir.

Esclarecimento acerca da teoria lacaniana dos discursos

Lacan, homem de seu tempo, possivelmente inspirado pelos acontecimentos de maio de 1968 na França, procurou direcionar sua pesquisa psicanalítica ao estudo dos discursos e à posição do discurso analítico naquele contexto. No Seminário intitulado *O Averso da Psicanálise*, proferido entre os anos de 1969 e 1970, Lacan procurou formalizar, por meio da dialética hegeliana, de Marx, da matemática e da lógica moderna, um modo de estudar a produção e a subversão dos discursos. Ao mesmo tempo em que problematizava a ética da psicanálise, Lacan dava ao ensino de Freud um contexto científico ao inventar ferramentas de pesquisa psicanalítica.

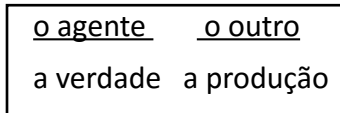
Para operar com os discursos e pesquisar como se relaciona o discurso analítico, foco de sua pesquisa, Lacan inventa um sistema em que se articulam os discursos do mestre, da universidade, do analista e da histórica. Nesse dispositivo de pesquisa, existem quatro lugares e quatro termos que os ocupam dando origem aos quatro discursos.

Os termos são

S1: o significante mestre
S2: o saber
\$: o sujeito
a: o objeto *mais-gozar*



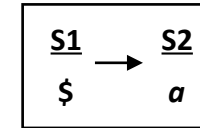
Os lugares possíveis de serem ocupados pelos termos no dispositivo são



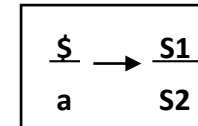
O uso do dispositivo é simples, na medida em que se trata de verificar o efeito significativo que a permuta dos termos produz como novos discursos que fazem laço no social. Portanto, o movimento gradual de ¼ de volta irá produzir cada um dos quatro discursos, de acordo com as novas posições ocupadas pelos termos com esse deslocamento.

As conclusões lacanianas acerca do papel do discurso analítico como subversão aos demais discursos e as decorrências da utilização desse dispositivo para a clínica e a pesquisa psicanalítica não são os focos deste apêndice. Seguem algumas considerações que auxiliam a compreensão do instrumento. De acordo com os lugares possíveis na máquina, cada um dos quatro discursos estrutura-se a partir da relação do *agente* com o *outro* que faz com que este último *produza* algo a partir de um lugar autorizado pelo discurso, o lugar de *verdade*. Em todo discurso, os quatro termos estão presentes e sua posição determina o específico de cada um. Assim, à medida que cada termo vá ocupando o lugar do agente – mediante o giro horário de ¼ de volta –, emergem diferentes discursos.

No discurso do mestre, representado abaixo, o governante (agente) obtém do governado (o outro) a produção de objetos (mais-gozar) de gozo.

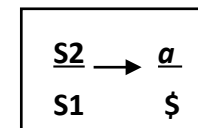


Um giro de ¼ de volta no sentido horário coloca o sujeito desejante (barrado, portanto faltante) no lugar do agente, que se autoriza de seu gozo (*a* no lugar da *verdade*), provocando que o mestre (S1 no lugar do outro) produza um saber (S2 no lugar da produção).



Perceba-se, por fim, que cada discurso ordena um *ato* no laço social. Na primeira configuração, podemos entrever o modelo de um ato governamental, a partir do discurso do mestre (em ato).⁴ Na segunda, o efeito do ato histórico como denúncia do desejo feminino irreconhecido, ato que de certo modo instaura as condições de uma produção de saber que veio, mais tarde, a se chamar de Psicanálise.

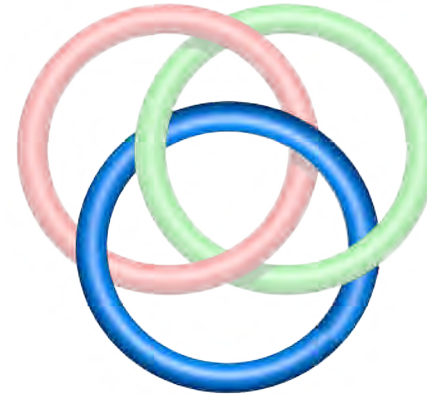
Mais dois giros de ¼ de volta no mesmo sentido, teremos o discurso da Universidade:



⁴ Sem palavras: o que vale não é o que é dito pelo político. O AI-5 é exemplo de um ato que instituiu em nossa história recente o discurso do mestre como ditatorial.



Por meio dele, podemos seguir afirmando que o ato de educar, promovido pelo discurso da Universidade (S2 no lugar do agente), é o tratamento do outro objetivado pelo saber. Notadamente, o saber S2 está sustentado pelo S1 (o significante mestre) que, definindo seus objetos (α) de pesquisa, produz uma nova subjetividade no laço social. No contexto da sala de aula⁵, é o que autoriza o professor, a partir do saber do autor do livro, a impor o saber ao outro (o aluno). A nova subjetividade produzida pelo discurso da ciência dispensa maiores argumentações dada a facilidade de exemplos que há à disposição, como o fenômeno da medicalização no campo da saúde, do uso da tecnologia no campo das relações, o declínio da fé religiosa etc.



UM RESIDENTE MÉDICO PERGUNTA

Da transmissão, do saber, da experiência.

Um residente médico pergunta em plena Aula de Campo da sua Residência¹ em que se debatia a *escuta* como ferramenta-conceito-técnica essencial para o cuidado integral dos pacientes, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)²: “Afinal, estamos aprendendo na Residência essa *escuta*?”

A semelhança com a cena do filme infanto-juvenil citada na apresentação deste livro é evidente. E a pertinência da questão, por sua vez, indiscutível. Mas como se *ensinaprende* a escuta? Essa, que é diferente da *ausculta* que busca a identificação de sinais a conceitos predeterminados e com vistas a um diagnóstico interpretativo, semiológico, porque não dizer, diagnóstico por imagem? Como se escuta, afinal, o colega, o paciente, o outro? No momento de sua enunciação, a pergunta do residente parece ter tocado o desejo dos demais:

¹ Aula teórico-prática, também conhecida naquele programa de Residência como Currículo Integrado (CI), da qual participam Residentes de todas as categorias profissionais da ênfase de Saúde da Família e Comunidade (SFC).

² Modelo assistencial em saúde que organizam todas as ações dentro de um sistema de saúde, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

⁵ Pois os efeitos dos discursos não se resumem a espaços fixos. O discurso da Universidade lança seus efeitos até mesmo em uma conversa informal do cotidiano.



“– Na graduação não se aprende essa *qualificação!*” – disse outra médica, sua colega.

“– Precisa de uma *técnica* qualificada!” – arriscou uma assistente social.

“– Após atender o paciente por dez vezes só vou ficar fazendo *cara de paisagem* e não dizer nada?!” – exclamou uma dentista.

A pergunta do residente médico acabara por instaurar naquele encontro uma hesitação reveladora: estávamos diante de um pedido de formação peculiar e de um conteúdo de difícil *ensinaprendizagem*.

Mesmo no mundo do ensino técnico ou acadêmico em que as aulas, os seminários, as práticas de laboratório e os exames teóricos, supostamente deveriam ser eficazes para todas as aprendizagens que ali devem ocorrer, existem alguns temas que parecem resistir ao arsenal pedagógico disponível. Por que isso ocorre? Para tomarmos apenas um recorte do universo das possibilidades de aprendizagem, pergunta-se: Por que parece que não é da mesma forma que aprendemos a dominar temas como a trigonometria, a gramática, a divisão celular, o ciclo das chuvas ou a economia mundial no pós-guerra, em comparação a coisas como produzir uma obra de arte, jogar futebol, ser vendedor, trabalhar em equipe, fazer bons vínculos de amizade ou alianças de trabalho?

Um olhar apressado ao problema poderia concluir que se trata de uma questão de teoria para o primeiro grupo de habilidades e de prática, para o segundo. E, lançando mão do senso comum, com rapidez, dir-se-ia que as primeiras coisas são aquelas que se aprendem na escola, e as outras, só nascendo com elas – ou para elas. Não esqueçamos, entretanto, que, atualmente, encontram-se escolas ou cursos para supostamente ensinar cada

uma das competências do segundo grupo citado. Cabe ainda observar que, muitas delas, constituem habilidades reivindicadas como necessárias para certas ocupações que demandam diploma universitário, inclusive a que nos concerne neste trabalho: a do profissional em Saúde.

Experimentemos ainda outro ângulo. Enxergar e escutar, salvo algum problema, são potencialidades do corpo biológico. Nascermos com elas. Ao mesmo tempo, são elementos necessários para ler e escrever; ambas, competências que se aprendem e ensinam-se na escola. Porém, nem todos que leem compreendem o texto, nem todos que escrevem conseguem produzir algum. Dando um passo adiante, perguntemos de que modo se aprende a ler como leitor, escrever como escritor ou, em caso semelhante, escutar como gostaria aquele residente?

Se a questão se encerrasse com a análise feita a partir dos argumentos interpretativos ou de senso comum, acima, teríamos de assumir que o diploma de formação acadêmica atesta apenas o nível teórico do futuro profissional ou, talvez, que ele seja alguém que suficientemente tenha praticado os conceitos da ciência ou do ofício ao qual se vinculou. E assim o é, em verdade. Se continuarmos satisfeitos com a conclusão a partir do *bom senso comum*³ das posições concordantes acima – nas quais, por decorrência, está plasmada a ideia tacitamente aceita de que somente alguns nascem para a coisa ou vão poder de alguma sorte desenvolver as competências excelentes no decorrer da vida profissional –, mesmo a distinção acadêmica atestaria um diploma de mediocridade.

³ Insisto na expressão composta de “bom senso” e “senso comum” para evidenciar uma espécie de cinismo na atitude aceita tacitamente no meio científico que, em certos casos e sem outros argumentos, recomenda o uso do “bom senso” como atitude válida ao cientista, ao mesmo tempo em que recrimina o “senso comum” como fato não confiável, por não ser científico. O bom senso é o senso comum em determinado campo hegemônico.



Pretendo, neste momento, tentar levar a questão um pouco mais adiante de sua solução proporcionada pelo argumento que parece funcionar ou no campo do talento ou no da ascense. Manter a pergunta sobre as diferenças entre os dois tipos de competências deverá servir para que seja valorizada a categoria de aprendizagem como problema e conceito ainda importante para a formação integral do profissional, neste caso, do profissional em Saúde.

As formas do aprender e do problematizar constituem historicamente o objeto da Pedagogia, que se esforça em pesquisar para propor dinâmicas, técnicas ou agenciamentos que serão usados como recursos pelos que estão no lugar daqueles que devem ensinar.⁴ Partindo do óbvio, parece claro que aprender conteúdos que se arranjam com alguma harmonia em disciplinas como as que se encontram na escola ou na academia depende de um processo diferente do que se necessitaria para aqueles outros que se adaptam mal a essa forma, como por exemplo, a escuta. Pode-se teorizar um tipo de escuta e praticar sua teoria nos estágios curriculares durante um curso universitário, mas, ao contrário da Física, por exemplo, é absurdo admitir eficácia em uma proposta de curso com disciplinas como Escuta I, Escuta II, Escuta Avançada e Práticas de Escuta ao final, para levar o aprendiz ao domínio sobre o tema. Além disso, parece igualmente óbvio que, mesmo oportunizando-se teoria e prática da escuta, não está garantida ao sujeito a competência para tal ato.

Aprender coisas dessa natureza parece implicar que algo se inscreva no corpo, mais do que na memória. No caso da aprendizagem da escuta, para ouvir, é necessário apenas a funcionalidade do órgão auditivo do corpo; mas, para

⁴ O que gostaria de inicialmente descrever como sendo o ato de proporcionar ao outro as condições para que possa aprender o que quer que seja.

desenvolver aquela escuta a que nos referíamos, é preciso que se inscreva outra potencialidade nesse ouvido e nesse sujeito. A inscrição, portanto, é no corpo, e tem efeitos na subjetividade. Não se assemelha ao processo de gravação mental, como na memorização. É distinto inclusive do costume, do acomodar da tarefa que molda o corpo para sua melhor realização. Não se trata de memória nem de destreza, ou de assimilação e acomodação.

O implante de conhecimentos, os mais diversos, nas redes neuronais os quais resultam numa aprendizagem instantânea de qualquer atividade física ou intelectual aparece como possibilidade no filme Matrix (1999), o que talvez indique um ideal contemporâneo no campo das aprendizagens. Considerando o fato de que uma ficção guarda sempre um *filo de Ariadne* que a liga ao Real, visto que se estrutura a partir dele, não parece à toa a ideia criativa dos autores de Matrix, na medida em que o paradigma de ensino e formação do homem moderno sustenta-se na acumulação de conhecimentos; amplifica-se pela demanda do mercado de trabalho; e equivoca-se por valorizar a quantidade da informação, tomando-a como potencial de competência do seu portador.

É ainda difícil definir, neste ponto, se o modo que poderá levar à aprendizagem que julgamos dever inscrever-se no próprio corpo é um processo ou o seu final. Para iniciar um caminho de esclarecimento, tomemos como recurso uma diferenciação. Será possível admitir que a aprendizagem daqueles conteúdos que se organizam facilmente em disciplinas depende dos processos que levam ao *conhecimento* – o acúmulo de informação, como método rudimentar, por exemplo – e para a aprendizagem do outro tipo, como a necessária à escuta, deva levar ao surgimento de um *saber*?



Para trilhar esse caminho, é preciso tomar o conhecimento e o saber como coisas distintas. Na minha infância, assisti pela TV a uma dupla sertaneja cujo nome me intrigara, mais do que sua arte. Chamavam-se “Sábio e Sabido”. Imediatamente, perguntei-me se não se tratava da mesma coisa, e o nome da dupla manifestaria um equívoco da magnitude de sua própria música, em minha opinião. Mas fiquei com aquela questão por um tempo na minha cabeça de criança. Qual não fora meu prazer ao desvendar a grande sacada contida no nome da dupla: o sábio representava alguém de muito conhecimento, erudito, sapiente; o outro, bem diferente, tinha a esperteza, a malandragem, enfim, um saber. Isso não fez com que eu passasse a gostar da sua música, mas acabei jamais esquecendo a que cantaram naquele dia; fortuitamente, isso não vem ao caso neste momento. O que interessa, com efeito, é a diferença entre o saber e o conhecer como potencialidades da pessoa. Importa dizer que um não parece excluir o outro, permitindo que aquele que acumula conhecimentos venha a desenvolver algum tipo de saber, assim como aquele que demonstra um saber não seja relegado a não erudição. Ao que se apresenta, diferem entre si os conceitos, e proponho que, talvez, façam a diferença no estudo sobre as peculiaridades da aprendizagem que se caracteriza bem pela acadêmica e da aprendizagem que se caracteriza bem pela marca corporal, singular e de um sujeito. Nesse caso, sugiro seguir experimentando este modelo até onde mostrar vigor.

Considerando que o caminho para o conhecimento seja o estudo, ou seja, a leitura dos textos e a aplicação dos conceitos, assim como o próprio modelo acadêmico propõe, resta a questão sobre o que produz o saber como o concebemos aqui.⁵ Chega-se a um ponto que

⁵ Que se diferencia do conhecimento e que também não coincide

guarda um caráter fundamental dessa pesquisa, pois, se procuramos evidenciar a diferença que advém do problema da aprendizagem de determinados conteúdos pouco disciplinarizáveis e que resiste em resolver-se pelo paradigma da aprendizagem acadêmica, surge a necessidade de se tentar encontrar o caminho que leva à construção – ou à inscrição – de um determinado saber.

No mesmo tom encontrado na breve introdução sobre o papel da transmissão da experiência feita por intermédio da conhecida parábola do vinhateiro que encontramos no texto *Experiência e Pobreza* (BENJAMIN, 1994, p.114-119), já citado⁶, em *O Narrador* (1994, p.197-221), o autor amplia essa mesma discussão com as considerações sobre a decadência do ato de narrar na modernidade. “Intercambiar experiências é um ato que se perdeu”, diz-nos Benjamin (1994, p.198). Um fenômeno preocupante, na medida em que esse intercâmbio cumpriria um papel fundamental na construção da experiência humana. Com essa experiência em baixa, chega a afirmar Benjamin, rebaixa-se também a ética⁷. O mesmo autor, entretanto, está ciente de que, no contexto histórico resultante das revoluções sociais e econômicas, desde o século XIX, só há produção de experiências que carecem de interesse mútuo entre os homens ou que não são facilmente comunicáveis de um a outro. Na mesma linha da pergunta sobre que tipo de construção de laço social estaríamos vivendo em decorrência desse desinteresse pelo outro, podemos perguntar, dentro do nosso contexto de estudo, que tipo de aprendizagens resulta disso?

com o termo *saber* enquanto descreva conjunto de conceitos, teses e axiomas organizados em uma ciência, por exemplo.

⁶ Ver p.62.

⁷ Ética (*ethos*: costume, laço social) comprometida: os episódios da política em nosso próprio País neste início de século parecem comprovar a tese.



Importante salientar que o uso de termos diferentes por parte de Benjamin para denominar e diferenciar experiência (*Erfahrung*) de vivência (*Erlebnis*) marca uma precisão. Vivenciar é o mais comum dos atos para o qual pode bastar apenas estar vivo e ser levado pelos acontecimentos. A experiência, no entanto, faz-se, tal como ato, num momento posterior à vivência. Pode, inclusive, dar-se a partir de uma memória involuntária, num instante *après coup* privilegiado, que reatualiza uma marca. A vivência pode nem sequer deixar marcas, como é o mais comum na era da *cultura de vidro* – criticada por Benjamin (1994) – material esse que não deixa vestígios, embora deixe tudo ser visto. Vazio de experiência que, no entanto, enche os olhos. Com isso, temos que o vestígio, a marca do sujeito no corpo, procede da experiência, enquanto a vivência pode limitar-se a marcar apenas o corpo biológico, como uma tatuagem que se faça por questão de moda.

As reflexões trazidas por Benjamin permitem-me lançar a próxima questão: Será a vivência, como processo mais frequente porque mais suportado pelo homem contemporâneo, o dispositivo que pode levar ao conhecimento, mas jamais ao saber? E será, então, a experiência, assim como a concebe Benjamin, o caminho possível à construção de um saber?

Perseverando em minha proposta de trilhar até onde puder esta via, encontro um vestígio convidativo na seguinte citação, um tanto enigmática, do início do texto de *Experiência e Pobreza* (BENJAMIN, 1994), no qual, à aparente iminência de revelar o puro significado da experiência, Benjamin afirma: “ela sempre fora comunicada aos jovens” (p.114). Todo leitor – talhado no discurso positivista da ciência – fica na expectativa que, após redigir a linha “[...] sabia-se o verdadeiro significado da experiência” e ainda colocar os dois pontos no final da oração, Benjamin venha

a revelar o que anuncia, de preferência com uma definição clara, vítria e cabal. Ao invés disso, o que encontra é um desfecho enigmático que não resolve, mas faz pensar. Se o significado da experiência como propõe Benjamin residiria, ao invés da interpretação do seu sentido, no ato da sua comunicação, tenho de levar meu interesse de pesquisa a respeito da construção do saber até a questão dos atos de intercâmbio da experiência.

Proponho, por enquanto, experienciarmos aquela frase, deixando-a em suspenso para que possa operar a partir de outro enfoque: as questões da *transmissão*. Para tanto, permito-me o apoio da teoria psicanalítica acerca da estruturação do sujeito para investigar sobre o conceito de *transmissão* como possível recurso de elucidação a respeito do processo que permitiria a aprendizagem das coisas que não se disciplinam com facilidade.

Transmissão, entre a pedagogia e a psicanálise: um parêntese

Tomada em seu contexto mais amplo, as questões acerca da transmissão são sempre cruciais. No que se refere ao campo da energia, sabemos da insuficiência de apenas a produzirmos e a acumularmos sem dispormos de um modo de transmiti-la e, além disso, determinarmos como e o quanto se dissipará nesse processo de transmissão, ou seja, sob que condições ela passa e pode passar de um meio a outro ou de um estado a outro. Precisa-se sempre de um mediador: o meio de transmissão. Hoje é comum usarmos cabos. No registro do conhecimento científico, a disciplina e os processos pedagógicos da transmissão constituem os cabos dessa transmissibilidade.



Conforme o termo familiar à área da Pedagogia, a transmissão de conhecimentos faz referência ao processo formal de passagem de informações, teóricas ou práticas, de uma pessoa ou objeto à outra pessoa, por meio de determinada técnica ou dinâmica reconhecida como pedagógica. A leitura e a aula expositiva são exemplos mais comuns. Nesse contexto, para que haja transmissão, necessita-se de um elemento portador do conteúdo a ser transmitido e outro receptor, como no par professor e aluno.

Quando utilizado no contexto da Psicanálise, a *transmissão* tem outro alcance. Nesse campo, é frequente encontrarmos o termo *transmissão* ligado, pelo menos, a dois objetos: da Psicanálise ou do Nome do Pai. Vejamos este último. A *transmissão do Nome do Pai* é uma denominação possível para o processo pelo qual se estrutura um sujeito. Passo a descrever os três momentos da estruturação do sujeito, segundo a leitura psicanalítica lacaniana, para que se evidencie menos a teoria, mas essencialmente os determinantes do processo de transmissão nesse caso.

Tornamo-nos sujeitos em um determinado laço social a partir de algo que recebemos do outro através das gerações. Esse algo é a linguagem, aquilo que, embora nos desnaturalize, inscreve-nos na cultura – no Outro – e, ao mesmo tempo, transmite a norma social. Não há *sujeito* fora da linguagem, portanto. A função do Pai, segundo a contribuição de Lacan, é o elemento conceitual mediador da transmissão da cultura – da possibilidade de inscrição no laço social – ao sujeito em estruturação. Ele carrega um significante proveniente do desejo da mãe (DM), e precisa inscrevê-lo no Outro. Esse é o terceiro passo da inscrição do sujeito na linguagem.⁸ O primeiro passo consiste em que o *infans* instaure-se como objeto do DM. O segundo

⁸ Linguagem que é, ao mesmo tempo, meio e objeto da transmissão.



é a possibilidade de essa mãe endereçar seu desejo ao pai, instância em que esse pode metaforizar-lhe por um significante, o chamado Nome-do-Pai (NP). Se a mãe não o faz, não há metáfora paterna (NP) na estrutura e o *infans* segue alienado na posição de objeto do DM, não chegando a constituir-lhe uma inscrição simbólica na cultura.⁹

Eis a condição humana segundo a Psicanálise: um sujeito que se empenha num jogo de *alienação* ao desejo do Outro e da possibilidade de *separação* com o auxílio do chamado NP. Tanto a alienação quanto a separação desempenham papel intransferível para a fundação de um sujeito. A partir da possibilidade de metaforizar o DM, transmitida pela função simbólica do Pai, o sujeito acaba por estruturar uma forma peculiar de responder às demandas do Outro: por um lado constitui o que Lacan denominou *fantasma*, e, por outro, o que se lê como *sintoma*. Essas são, portanto, as duas formas pelas quais se identifica como um sujeito responde à demanda do Outro: a partir do objeto, estruturando o fantasma; a partir de uma metáfora, com o sintoma.

Como se dizia, aqui importará a função do Pai e o processo de transmissão mais do que o modo como se estrutura um sujeito, conforme a Psicanálise ensina.

Prosseguindo. Já sob a expressão *transmissão da Psicanálise*, devemos entender o modo como esse saber passa do psicanalista ao psicanalisante ou ao psicanalista em formação. É por essa expressão, notadamente, que se lança uma das questões cruciais para a Psicanálise a partir de

⁹ Observe-se que, se é a mãe, por meio de sua castração, que concede lugar à metáfora paterna no seu desejo, concluímos que será esse desejo que molda a estruturação do sujeito. Ele é apenas substituído por uma metáfora, uma versão que permite responder de algum modo à demanda excessiva do Outro materno. Daí o termo *père-version* (versão do pai), de Lacan, sublinhando essa condição da estrutura dos sujeitos.



Lacan: o problema da formação dos analistas. Psicanálise é algo que dificilmente se estuda ou ensina-se adequadamente a partir da disciplinarização de seus conteúdos. A teoria freudiana – assim como de alguns outros, Marx e Nietzsche, por exemplo – tem a característica de seguir sendo frutífera para mais e mais teorizações e novos achados. Ou seja, não se esgota Freud ou Marx. Portanto, parece possível supor que a transmissão das experiências do tipo das de Freud e Marx, não rende bem por intermédio dos cabos-disciplinas pedagógicos¹⁰. Mas parecem render mais por meio de um processo de transmissão além da informação: existe sempre um resto de Real que se transmite junto nesses casos e que permitem novas elaborações de sentidos. O próprio Freud afirmava que seus mestres transmitiram mais do que eles próprios sabiam: transmitiram, sem o saber, a possibilidade da Psicanálise. (FREUD, 1974, p.22-23)

Assim como na transmissão do Nome-do-Pai, o problema da transmissão da Psicanálise no contexto da formação do analista conta com muitas teses e elaborações desde Lacan. A maioria delas embasada no conceito psicanalítico de *transferência*¹¹. Neste momento, importa lembrar que escolhi a Psicanálise para trabalhar o tema da transmissão por se tratar de um campo para o qual é ineficaz apenas a transmissão formal dos seus fundamentos teóricos e práticos. Para ser Psicanalista, além da aquisição de conhecimentos, é preciso que haja, no processo de formação, a transmissão do que poderemos chamar de um

¹⁰ Mas parece possível transmitir Freud e Marx em seu potencial mais fértil, não pela disciplina, que o faz só em parte, em passos de sentido. Hipótese: é pela transdisciplina, cujo processo de transmissão proponho chamar de “transmissão *wireless*”. A transmissão *wireless* pode ser, portanto, uma metáfora da transmissão além do sentido e a condição da transmissão da transdisciplina.

¹¹ Amor, suposição de saber, que se dá na relação estabelecida pela escuta analítica.

estilo. Transmissão de marcas de desejo, de uma herança, de um nome. (LACAN, 1998, p.460)

Defrontando seu saber com a falta, com a ausência de recursos teóricos e técnicos *a priori*, o analista pode contar em seu fazer diário com o estilo. Assim como um sujeito experimentando o desamparo essencial ao defrontar-se com uma demanda impossível do Outro se vale da metáfora paterna, o sujeito da profissão pode valer-se de seu estilo como recurso suplementar à técnica.

A transmissão da Psicanálise mostra, assim, que o estilo também tem a estrutura de uma metáfora, como o Nome-do-Pai. E o estilo que se transmite na experiência psicanalítica, além de toda acumulação de conhecimento teórico ou no lugar da pura imitação dos mestres, é um convite – ou uma verdadeira convocação – a ocupar um lugar, na medida em que esteja atravessado pelo laço da experiência psicanalítica.

O encontro na transmissão

O rápido percurso pelos achados psicanalíticos há pouco apresentado fornece a seguinte condição para abordagem do problema neste ensaio: a necessidade da transmissão em dois registros – conteúdo e estilo. E para tanto, algumas ferramentas essenciais: a metáfora, o mestre *não todo* e a resposta a uma convocação.

A convocação é a de ocupar um lugar deixado vago. Na *Parábola do Vinhateiro* evocada há pouco, é a iminência da vacância do lugar paterno na família o que convoca os filhos a participarem de uma derradeira cena de transmissão. No leito de morte, o pai transmite-lhes um último ensinamento por meio de um enigma. Benjamin (1994, p.197 e segs.) afirma que uma condição de possibilidade da transmissão



dá-se no momento da morte. Enigma e momento da morte. Tempo de separação. Verdade da transmissão?¹²

Que morte é essa que condiciona a transmissão? A transmissão da experiência não funciona pelo mesmo processo que a transmissão do conhecimento, visto que se dá por uma estrutura de enigma. A morte de que se trata não parece ser outra que não a morte do mestre: aquele que ocupa o lugar da possibilidade de transmissão no jogo entre os que ensinam e os que aprendem.

Porém, para que haja transmissão, a morte do mestre é a morte lenta. O encontro com um mestre, que, por sê-lo, deixa aparente seu desejo pelo objeto de mestria, é a condição da possibilidade do surgimento de um estilo num processo de maturação similar ao envelhecimento do vinho em barris de carvalho. Há um tempo específico e peculiar para a maturação que, se extrapolado, também põe tudo a perder. O tempo da separação espregueada e sugere o instante da morte.

Há, portanto, um tempo para o encontro com o mestre a ser observado. Entretanto, no final do último século, acolhemos de bom grado publicações em revistas ou programas completos de ensino, recebidos pelo serviço postal e com o seguinte complemento: *sem mestre*. Iniciou-se com artes marciais e xadrez¹³, e hoje a variedade é praticamente incontável. Dos almanaques à educação à distância (EAD) temos exercitado apressadamente a morte do mestre. Por quê? A aprendizagem ganha com isso ou é apenas a pressa moderna a responsável pela queima de etapas. Que tipo de alienação é possível nesse caso e qual o caráter dessa separação?

¹² Lembrar o aforismo: a verdade é algo que só se pode dizer pela metade. (LACAN, 1992)

¹³ Curiosamente, duas áreas onde a figura do mestre é marcante e parecia ser essencial.



Na aprendizagem *sem mestre*, o amor ao desejo do mestre pelo saber que lhe concerne fica aniquilado e o tempo da alienação fica marcado pelo que fora idealizado. A alienação ao saber do mestre não se estrutura, nesse caso, em outro registro que o imaginário. Que tipo de separação se torna possível aqui? Nenhuma outra, a não ser também a imaginária: a separação completa ao jogar-se a revista fora e desistir da empreitada, o que mais costumava acontecer na lida com os referidos manuais, diga-se. Quando não o acontecia, ao invés de uma metáfora que levasse o aprendiz à construção de um estilo singular, uma versão a partir de um NP, na melhor das hipóteses, o que se construía era um arremedo, uma corruptela, um rascunho caricatural, uma utilização instrumental acéfala e equivocada do objeto do aprendizado: uma verdadeira *perversão* da arte e da técnica.

A pressa contemporânea e o enfraquecimento da função que se atribui ao pai na cultura estariam de mãos dadas? A pobreza das experiências na modernidade anunciada por Benjamin (1994, p.114) tem sua explicação no gasto – insuportável ao homem contemporâneo – de tempo que demanda o intenso envolvimento com o outro? É assim que a informação, moeda mais valorizada no mundo competitivo regido pelo mercado, passa a ocupar com imponência o lugar que era das narrativas? Ao mesmo tempo, se as vivências modernas nem chegam a constituir-se em experiência dada à volatilidade dos encontros, de que serve a história de uma pessoa, suas viagens longínquas ou seu sedentarismo longo num território que muda ano a ano? Enfim, onde encontrar, fundar, supor um mestre?

Procurando-os onde ainda se supõe sua subsistência, ou seja, nos cursos da Academia, costumam ser encontrados sob a forma de artigos científicos. O graduando de um curso como o de Medicina costuma, por enquanto, guardá-los em



sua *pen-drive*. É o mestre *de bolso*. Novo nome possível da aprendizagem *sem mestre*? Nada mais claro, significativo e que nos defronte com o fato de que, hoje, o mestre parece-se muito com a informação.

Porém, o cotidiano da Residência na formação de profissionais de saúde mostra que os residentes reclamam pela ocupação do lugar de *tudo saber* por parte de seu preceptor. Em determinadas situações, em que lhes falta o conhecimento ou a técnica, esperam que os seus preceptores *sejam* mestres ideais: que possuam uma resposta certa, segura e definitiva. Não buscam neles sequer um oráculo, pois, deste, recebe-se um enigma a ser experienciado, situação na qual é preciso *colocar algo de si*. Querem [o quanto] antes a solução do enigma. Pedem, enfim, que o preceptor ocupe o lugar do saber com o seu conhecimento técnico. Ora, mas isso é similar à criança que falha com o seu brinquedo de encaixar ao tentar empurrar o círculo contra o quadrado. E a falha parece dar-se porque, nas situações que reivindicam o saber, pouco pode o conhecimento técnico ou a tentativa de sua reprodutibilidade em outras condições.

As últimas considerações podem sugerir uma pergunta sobre o equilíbrio: Qual a intensidade do tom, no momento de ocupar o lugar do mestre que precisa ter o chamado preceptor? Pergunto-me, pois parece que as pedagogias chamadas participativas, por vezes, parecem incorrer num excesso, este, inverso ao das pedagogias da transmissão. Aquelas observam bem a necessidade da vacância do lugar paterno para que o que deseja aprender o ocupe, mas parecem exacerbar a *matança* do pai. Ao serem tomadas como paradigma para determinada técnica de aprendizagem, o lugar supostamente paterno nem sempre é ocupado. Para que haja a construção do conhecimento ou do saber, prescinde-se da ocupação do

lugar do pai na transmissão? No entanto, proponho que essa questão sobre o equilíbrio não leve ao argumento que suponha um *pai suficientemente bom*, pois, segundo a proposta winnicottiana, isso é coisa que se atribui à mãe e, sabemos, não é algo que se dê a contento sem a intervenção paterna. Por sua vez, uma relação de *ensinaprendizagem* suficientemente boa entre os que aprendem e os que ensinam parece depender de que o lugar do pai seja ocupado em alguma instância e que não se abdique totalmente dele.

Na Residência Integrada em Saúde, o *aluno residente* costuma buscar o conhecimento de quem propagandeia aos quatro ventos que o tem, talvez, a exemplo do conhecido fenômeno de mercado no qual a oferta cria a demanda. Quer ele ser treinado e a informação vazia de experiência é seu apoio. Relembro, neste instante, a condição da transmissão segundo a psicanálise, aquela que se faz através de uma metáfora. A metáfora – NP – que suporta o que vem do Outro é como um enigma, *uma* verdade, da qual se diz que é no Real da demanda remetida a um sujeito que a função paterna faz seu melhor efeito. Então, qual equilíbrio possível na transmissão?

Ao sentir-se convocado pela questão acerca do lugar professoral que ocupava em seus Seminários, Lacan afirmou que, para ele, não se tratava de sustentar o lugar de prestígio que se atribui a quem ensina, mas um dever advindo da seguinte ordenação que “Eu escaparia [...] se não tivesse o dever, com essa temível possibilidade, de prestar contas do encaminhamento de minhas ações com relação a isto: há psicanalista.” (LACAN, 1992, p.40)

Ao que se apresenta, há uma convocação a ser escutada por aquele que ocupa – deve ocupar – o lugar necessário no instante fortuito da transmissão. Um lugar *entreatuado* por quem ensina e quem aprende e, talvez, um



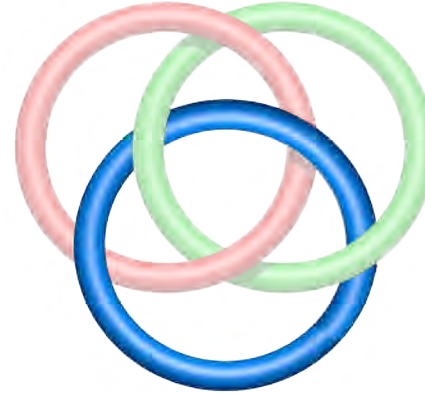
lugar pouco enquadrável, visto que a transmissão depende de lugares, relações e metáforas, ou seja, de *encontro*.

Uma última cena, antes do final, para que a pergunta pela transmissão acompanhe-nos quando este texto acabar. Certa residente da medicina manifestou, desde os seus primeiros atos no programa da Residência em Saúde da Família e da Comunidade, uma posição evidentemente pragmática. Nos seminários integrados e nas discussões teóricas das aulas de campo, ficava clara sua insatisfação com reflexões e relativismos. Para seu sofrimento, um dos primeiros estudos propostos ao grupo de residentes fora um conceito, o de *território*. Como suportar que território não seja apenas a região de limites exatos e relacionada a uma Unidade de Saúde que tem a tarefa de curar os problemas de seus habitantes? Como não se entediar com a inutilidade do debate sobre a vida dos moradores daquele pedaço de chão? Para que serve à sua prática, entender como aquele território é simbolizado por cada grupo que ali vive? Não deve ter sido nada fácil a ela. Porém, cerca de apenas seis meses depois, pude presenciar essa mesma residente pedindo um espaço de fala na reunião de sua Equipe, em que se apresentava um relatório de intervenção com os moradores de uma determinada região do território atendido pela sua Unidade. Tendo essa residente, de característica pragmática, participado da elaboração da apresentação à equipe em exíguos quinze minutos atribuídos, surpreendeu-me que tenha quebrado o protocolo, e solicitado que todos a ouvissem ler o trecho de um livro de Leonardo Boff. Reproduzo uma parte do que ouvi da boca da residente, após ela testemunhar a importância de ter convivido com a Equipe e participado de intervenções como aquela:

[...] Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam [...] A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem vive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação. Sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. Porque cada um lê relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita. (BOFF, 1997, p.9)

Um apelo de escuta feito através das palavras do escritor? Um testemunho à equipe de uma reviravolta de sua formação em suas concepções anteriores? Que ato cabe ao preceptor – ou à equipe – defrontado com algo dessa magnitude?





UMA TORÇÃO PARA A TRANSMISSÃO

O mestre, a Histeria, a Universidade.

A necessidade deste ensaio que não parte de uma nova cena de coleção reside em questões deixadas em aberto nos três anteriores. Um esforço a mais de análise para construir os suportes de uma tese. Aquelas cenas de coleção vão agora inspirar uma articulação conceitual que parte da relação entre o residente, as equipes e os preceptores. A partir dela será possível refletir sobre o lugar do mestre conforme sua posição de suficiência ou insuficiência no trabalho de transmissão do saber essencial ao trabalho do novo profissional em saúde. Por se tratar de uma relação de ensinamentos e aprendizagens, o lugar de onde se produz o ensino será articulado a uma noção sobre o desejo de saber, fundamental para aquele que aprende. Esse esforço conceitual deverá ser suficiente para dar consistência a uma das propostas centrais do livro, construída na articulação e subversão dos chamados discursos da histeria e da universidade. Nessas condições, convido o leitor para reportar-se, sempre que necessário, ao texto de apoio em que se encontra uma apresentação sobre a teoria dos Discursos¹ que será apenas referenciada neste ensaio.

¹ P. 73.

Se há produção que preste, houve mestre; se há apatia, houve mestria

Se evocarmos agora uma das cenas de coleção anterior na qual duas equipes de saúde encontravam-se para tramar redes de atenção aos pacientes usuários de drogas e se nela não estivermos preocupados apenas com o estabelecimento possível de uma interlocução corresponsável pelo cuidado integral dos pacientes, mas também pela oportunidade de um encontro para novas aprendizagens no contexto de uma Residência Integrada, poderíamos avançar nesse momento retomando a pergunta sobre a *transmissão*, agora que já contamos com um posicionamento com respeito a ela. Cabe não esquecer que a iniciativa de estreitar contatos com o dispositivo CAPS, naquela situação, foi mesmo de um grupo multiprofissional de residentes recém-chegados e de ambos os Programas.² Juntos, queriam aprender, sem dúvida. O que se lhes terá transmitido?

Havia um desejo, havia um encontro. Havia um mestre. O costume de pensar pelo quantitativo logo nos faria perguntar: O que não havia, então? Nesse caso, parece que nada fazia falta, pois os elementos essenciais estavam ali presentes: vontade de aprender, um cenário para a aprendizagem e um lugar a ser ocupado pelo mestre. Mas o que é um mestre? Muito já se discorreu sobre esse tema, listaram-se as características, recomendaram-se as atitudes, teorizaram-se sob vários enfoques seu papel, seus excessos, suas parcimônias. Portanto, ciente de que pouco poderia avançar nesse caminho, pretendo tentar contribuir com alguma reflexão sobre a diferença entre *mestre* e *mestria*, a partir daquela cena de coleção.

A colega médica do CAPSad posicionou-se naquele encontro indubitavelmente no lugar professoral. O

² RIS e RMFC.



efeito de seus atos magistrais foi o rompimento de uma possibilidade de trabalho entre pessoas e saberes, calados por um livro recomendado e no qual deveria estar o conhecimento que importava. Muito embora não seja um efeito desconsiderável ter obtido como resultado de seu ato a leitura de um livro, ainda assim, isso parece ter sido algo pobre naquele contexto. Não houve possibilidade de reflexão ou pergunta ao mestre, nem ali nem depois da possível leitura, pois a resposta, supostamente, estaria no livro para quem as palavras professorais tivessem sido insuficientes.

A vivência daquele grupo não nos levaria a concordar com as teorias que consideram que a construção conjunta e fraterna do conhecimento é mais eficaz que o ato de transmissão do mestre sustentado em seu conhecimento acumulado e em sua sabedoria? Colocar-se no lugar³ do mestre, nem sempre é prerrogativa de um verdadeiro mestre. Muitos são elevados a essa posição pela coletividade, enquanto outros apenas a ocupam por estar vaga. O mestre é aquele que ensina por provocar o amor do aluno dirigido a seu saber⁴ e que o acompanha em suas angústias, transformando essa companhia numa relação entre aprendizagens e ensinamentos. Essencialmente, o mestre é aquele que *permite e suporta a pergunta*.

Lacan, no segundo ano de seu Seminário, no encontro do dia 12 de maio de 1955, hesita em suas colocações sobre algum tema da Psicanálise e interrompe-se:

[...] Pensei cá comigo que o ensino é algo bastante problemático e que, a partir do momento em que se é *levado a tomar o*

³ O termo *lugar* tem importância fundamental na elaboração que procura refletir e compor uma crítica sustentada inclusive na teoria dos discursos. Cf. esclarecimento da p.73 e segs.

⁴ Ao seu saber, não a si próprio.



lugar que estou ocupando atrás dessa mesinha, não existe exemplo de caso em *que não se seja suficiente*, pelo menos em aparência. [...] Nunca se viu ninguém ficar desprovido do que dizer a partir do momento em que ele toma a posição de ser aquele que ensina. [...] Isto me leva a pensar que só é ensino verdadeiro aquele que consegue despertar uma insistência naqueles que escutam este desejo de saber que só pode surgir quando eles próprios tomaram *a medida da ignorância* como tal – naquilo que ela é como tal fecunda – e isto *também vale para aquele que ensina*. (LACAN, 1985, p.260. Grifos meus)

E, a seguir, convoca sua plateia a remeter-lhe perguntas.

O lugar de suficiência, assinalado por Lacan, onde se encontra fixado o mestre pela atribuição que lhe parece cair como uma dura pena ou uma dádiva alcançada, eis o ponto de diferenciação que se pode determinar do lugar do mestre, quando ocupado com a possibilidade de transmissão ou, por outro lado, com a atribuição injuntiva de mestria. Lanço a questão: Colocar-se no lugar do mestre com o fardo da suficiência é ser um mestre ou atribuir-se a mestria?

A mestria por atribuição de suficiência não tem falta nem se esburaca com perguntas. Ser mestre, coisa diversa, é também suportar ser castrado, e permitir a pergunta. Fazer coincidir o lugar de mestre com o lugar do Grande Homem, aquele a quem nada se questiona, pode produzir aprendizagens, mas pela fé cega, companheira da faca amolada⁵. A castração, conceito fundamental da

⁵ Figura expressiva que remete ao título de uma canção de Milton Nascimento e Ronaldo Bastos.

Psicanálise – pois necessário à estruturação de um sujeito e sua sedução para a vida – é condição da queda da suposição de saber: um aspecto do fim de análise, mas também fato necessário à pesquisa e à problematização, como política em que se torna possível a dúvida e o questionamento ao mestre.

Mas quem, em princípio, suporta ver seu mestre insuficiente, não sabedor da resposta, castrado? A vivência próxima aos residentes mostra que, frente a um dilema de seu trabalho diário, há uma demanda de respostas prontas e definitivas por parte de muitos deles e endereçadas a seus preceptores. Porém, um aparente paradoxo conforma-se aí: aqueles que reivindicam a resposta da suficiência, completa⁶ e definitiva, ao mesmo tempo em que festejam quem se preste a ocupar o lugar de mestria e apaziguar seu sofrimento, acabam por apontar-lhe as faltas e falhas em outro momento de seu ato como preceptor. Isso é efeito da insuportável proximidade com a atribuição de completude do outro ou produção discursiva histórica⁷ por parte do aprendiz?

O mestre suficientemente bom é insuficiente

Sigamos aos poucos, embora já se possa afirmar que a falta ou o buraco, quando não estão presentes de saída ou de bom grado, há sempre uma força pronta a cavoucá-los, o que não é desconsiderável e muito bem-vindo. O dilema paradoxal a que essa argumentação leva parece situar uma ambiguidade do lugar do mestre que pode precipitá-lo na posição de mestria. Escolherei tomar a questão, em

⁶ E *resolutiva*, termo que o jargão em saúde coletiva criou.

⁷ Estrutura que se define em Psicanálise pelo lugar de objeto que o sujeito ocupa e do qual só pode escapar revelando a falta – a castração – no outro (seu desejo).



seguida, sustentando a reflexão sobre a nuance de outro paradoxo: a posição de suficiência e a de insuficiência.

Dizíamos que a idéia de transmissão em Psicanálise poderia também estar referenciada ao esquema conceitual para o estudo da estruturação do sujeito a partir da transmissão do chamado Nome-do-Pai ou metáfora paterna⁸. É esta que, ao barrar o desejo do Outro – inicialmente materno – sobre o *infans*, possibilita emergir dali uma estrutura subjetiva. Ao metaforizar o desejo materno, o significante paterno inaugura uma espécie de buraco que, a partir de uma borda constituída, deve possibilitar ao futuro sujeito lidar com a demanda, insustentável de outra forma, que lhe é endereçada a partir do Outro. A construção psicanalítica acerca do início dos tempos para um sujeito pode ser aprendida por intermédio de um mito, de uma elaboração conceitual, da experiência clínica ou transmitida por meio de um matema, porém jamais por uma lógica causal que deriva cada passo seguinte do passo anterior, e dentro da qual cada elemento possua funções unilaterais. Os ditos *passos* da estruturação do sujeito acontecem numa cadeia de relações entre os cuidados maternos, a cultura, a linguagem, a própria estruturação da mãe e seu desejo pelo pai. Numa lógica semelhante, ocorre o fato dialético, segundo o qual o desejo materno, ao mesmo tempo em que deve ser barrado, metaforizado pelo significante do Nome-do-Pai (NP), não é o vilão da história, na medida em que sua ausência também é mortífera ao *infans*. E tudo acontece, ao invés de numa sucessão, ao mesmo tempo: desejos e demandas, atividades e passividades, alienações e separações. Todos dependentes de um furo, uma pequena falta apenas, que se instaure para que o fenômeno de nos tornarmos seres de convivência civilizada e sem muitos danos, efetive-se. Precisa-se da castração,

⁸ Cf. item Transmissão, entre a pedagogia e a psicanálise, p.85.

essa Lei fundamental – como propõe a Psicanálise – que liberta o ente para a vida.⁹

No entanto, embora o desejo materno deva ser barrado pela metáfora paterna para que o *infans* entre na ordem simbólica e tenha acesso à linguagem, como vimos anteriormente¹⁰, essa metáfora não confere um sentido que recobre todo o desejo do Outro materno. Como se diz em Psicanálise inspirada por Lacan, há um pedaço de Real que escapa à simbolização proporcionada pelo NP. Esse resto constituirá um lugar objetal que se aferrará ao novo sujeito indelevelmente como causador do seu desejo. Na medida em que relacionado à falta¹¹, esse objeto-enigma acaba por cumprir um papel fundamental no modo como o sujeito poderá inventar o s(e)ujeito de responder de algum modo à demanda do Outro que lhe é endereçada.

Pois bem, nessa construção teórica que nos dá acesso a uma forma de aprender pela Psicanálise o fenômeno do surgimento da vida de relação do sujeito, resalto o que encontro: *um fundamento da transmissão*. Se aquilo que escapa da metáfora paterna faz surgir um resto que, por sua vez, constitui o objeto – imaterial, enigmático, ausência positiva – mediante o qual o sujeito passa a manifestar seu próprio desejar, fica claro que é exatamente no ponto de insuficiência da função do pai que uma transmissão – na cultura, na linguagem – fez-se possível. É, pois, na condição de insuficiência do pai (NP) ao apresentar-se como impotente, insuficiente, morto, que se processa a transmissão de algo

⁹ Enquanto lei, a castração liberta o sujeito para desejar e não apenas ocupar o lugar objetal que pode completar o Outro. Uma lei é a que torna livres os homens. Por tal coisa é que nos referimos assim à Áurea, por exemplo, ou à Magna Carta de um País.

¹⁰ Cf. item Transmissão, entre a pedagogia e a psicanálise, p.85.

¹¹ Objeto que também é referido hegelianamente por Lacan (1988) como a *presença de uma ausência*, indicando a positividade do lugar da falta (o objeto *a*) como causa do desejo no sujeito.



que, por sua vez, inscreve o sujeito no registro simbólico dos seres falantes. Como dizia há pouco, a estruturação do sujeito como desejante, inscrito no simbólico e, assim, inaugurando o sujeito do inconsciente – sujeito não excluído deste trabalho – também é demonstrada pela teoria psicanalítica por meio do mito de Édipo ou do pai assassinado da horda primitiva, da clínica das neuroses ou representado pelo seguinte matema:

$$\begin{array}{l} \underline{NP} . \underline{DM} \rightarrow NP (1/x) \\ DM \quad x \end{array}$$

No ensaio precedente, evoquei o trecho inicial de *O Narrador*, texto em que Benjamin, por meio de uma parábola, desenvolve a tese de que é no momento da morte que a transmissão de uma experiência efetiva-se. Nessa transmissão, o que passa ao outro não é uma nova informação que amplia o conhecimento daquele que a recebe, nem instaura uma nova habilidade, assim que a morte ocorre, mas produz um saber incompleto, um enigma, que, por sua incompletude, precisa ainda de um tempo a ser elaborado.¹² O que alguém pode fazer com um enigma que lhe concerne num momento em que faltam recursos? Decifrar ou ser devorado? Tanto nessa elaboração benjaminiana, como na psicanalítica, encontro o elemento da falta como essencial ao ato e efetivação da transmissão possível de um *saber*. Tanto o pai conceitual, de Lacan, como o fabuloso, de Benjamin, operam a transmissão na condição de insuficiência.

A busca encetada no trabalho que hora se constrói impõe a pergunta: Por que, então, parece pouco confortável a possibilidade de também se mostrar castrado para aquele

¹² Podemos dizer: no tempo lógico de uma morte, a castração definitiva.



que – querendo ou não – ocupa o lugar do mestre? Talvez haja bons motivos para isso.

Todo e qualquer lugar social que se venha a ocupar está estruturado por um laço discursivo. Sentimos os efeitos disso na própria pele, quando desempenhamos uma função social qualquer. Efeitos de uma força irresistível que nos faz agir, pensar e falar, estranhamente referenciados ao discurso em que estamos mergulhados. E quando resistimos ao discurso, a sua força de atração parece dobrar-se. Não é tarefa fácil escapar do discurso. É assim que um engenheiro, funcionário contestador do organograma ou do processo de trabalho que vivencia em sua empresa, pode passar a vestir-se, agir e até mesmo expressar-se diferente ao assumir nela um papel gerencial. Do discurso que o constituía como trabalhador, passou ao da gestão, e isso trouxe seus efeitos.¹³

O lugar do mestre está situado de modo privilegiado na Academia. O discurso que organiza esse lugar é o da Ciência. Entre outros, é o trabalho arqueológico de Foucault que nos ensinou que os jogos de saber/poder são produtos e produtores de *discursos*. Eles, por sua vez, têm o potencial de gerar políticas com seus dispositivos e consequentes tecnologias que vão conformando as subjetividades. Os discursos também podem ser concebidos como modalidades de tratamento do outro, este tomado como outro do laço social – aqui, não se trata do *outro* como meu semelhante – que ocupa determinadas posições, quando submetido às relações discursivas em tensão. Nesse sentido, avançaríamos perguntando: como jogam os discursos, para a produção e transformação de subjetividades¹⁴? E, especificamente aos nossos interesses, como suas linhas de

¹³ O leitor pode extrapolar essa estrutura para outros campos sociais e verificar empiricamente sua validade.

¹⁴ Como, por exemplo, a do engenheiro do exemplo anterior.



tensão entrecruzam-se, tramam e produzem os dispositivos e as tecnologias na área da formação que concerne diretamente à Universidade?

O discurso da Universidade é maleável?

Neste ensaio e a partir de agora, proponho colocar à prova o dispositivo criado por Lacan e melhor conhecido como *os quatro discursos* (LACAN, 1992), para estudar especialmente o discurso que foi chamado de *universitário*.¹⁵ Isso possivelmente não será feito sem a articulação com os outros três discursos, conforme a necessidade, considerando-se que compõem a mesma máquina.¹⁶

Uma máquina é uma estrutura simbólica, que deve funcionar de acordo com seus objetivos e de modo independente. O dispositivo criado por Lacan é uma máquina, porque independe do sujeito para seu funcionamento. Também não importa quem ocupe os lugares já existentes e estabilizados em cada discurso, ela produzirá suas próprias “linhas de força” que conformam e estabelecem a função de cada peça na engrenagem.

Portanto, o discurso é sem palavras, mas é o que faz falar. É estático, mas é o que faz agir. E entrar em um discurso é ter de se representar nele. O sujeito, aquele que se representa entre dois significantes, por sua vez, é o que faz furo no discurso, que emperra a máquina, que não se confunde, portanto, com uma pessoa, mas que instaura

¹⁵ Ou da Universidade, conforme definido no texto da p.77 e seguintes.

¹⁶ Embora não seja um termo familiar ao campo psicanalítico, utilizo-o pelo potencial significante que produz neste contexto e sustentado no próprio Lacan (1992, p.46-47), quando demonstra que uma máquina é construída pela mesma lógica da função do significante, o que permite chamar de máquina um desenho que se faça num papel (assim como os quatro discursos).



uma emergência, uma irrupção no laço social estruturado por um discurso específico e que pode fraturar-lhe.

Perguntava há pouco por que nem sempre cai bem ao mestre a posição castrada? Como outra forma de fazer a mesma pergunta: Por que é difícil não responder com atribuição de mestria quando o Outro do discurso é o do ensino? O que caracteriza cada um dos quatro discursos é o elemento chamado de *dominante*. (LACAN, 1992) No discurso da Universidade, são os significantes organizados em um campo de saber (S2), o que se encontra na posição ocupada outrora pelo significante-mestre (S1) no discurso do Mestre. Lacan vai precisar que a dominante no discurso universitário é o saber total. (LACAN, 1992) Ou o todo-saber. Segundo o matema de Lacan, esse significante S2, ocupando a posição do agente, ao contrário do que se esperava com o surgimento do método científico no curso de nossa história, desfigura a verdade. Nesse discurso, ela é produzida por aqueles que agora ocupam o lugar do servo no discurso do mestre, os próprios produtos do discurso (ver posição de *a*). O sujeito (\$) é o resto de toda a operação da máquina, aquele que seguirá sendo produzido a cada vez que ela for colocada para funcionar. Nesse discurso, a posição do sujeito como produto do ato da Universidade parece indicar que aquilo que nela se produz – ou nos cursos de pós-graduação –, sustentada pela verdade dos significantes-mestres da ciência, é a mais pura burocracia, chamada assim por sua característica de repetição protocolar. Repetem-se os mesmos dogmas indiscutíveis da Ciência, enquanto a pesquisa que parte de uma pergunta genuína ocupa cada vez menos espaço do período letivo. Um sujeito é produzido e reproduz, por sua vez, a suposta verdade da teoria. Aí está a máquina discursiva que faz falar e agir de acordo com o agenciamento de sua dominante.¹⁷

¹⁷ No que se refere à produção discursiva no campo da Saúde, efeitos do discurso da ciência, proliferam exemplos da produção de uma



Há muitas possibilidades de pesquisa por intermédio da hipótese dos quatro discursos. Neste estudo, porém, interessará particularmente o uso do dispositivo como suporte conceitual para verificar o que ocorre dentro do discurso da Universidade e para observar se há condições de sua subversão. Busco investigar a existência de um recurso que, ao operar na formação do profissional em saúde, talhado no seio da academia¹⁸, possa lhe proporcionar o surgimento de um significante novo a respeito do sujeito.¹⁹

Nessa busca, penso ser possível encontrar as condições por meio das quais surge a força necessária para impor algum movimento à máquina e produzir uma mudança no discurso. Alguns anos depois do estabelecimento dos quatro discursos, Lacan (1985a) afirmara que há uma emergência do discurso psicanalítico na passagem de um discurso a outro. Na seqüência, situa que o amor é o signo de que houve troca de discurso. Mas qual a especificidade do discurso psicanalítico?²⁰ Qual é o seu suporte? Esse discurso funda uma nova relação sustentada pela função da fala tomada no campo da linguagem. E ocorre a partir de um dispositivo que funciona na relação entre aquele que fala e aquele que

subjetividade contemporânea ocupada com o organismo, com a biologia, com a neurologia e ávida pela pílula da felicidade que acabará com toda a dor da alma. Interessante como aqui a Ciência aparentou-se à Religião em seus propósitos finais.

¹⁸ Em um produto do discurso da Universidade – a formatura – fica claro um fenômeno de caráter imaginário representado na figura do bacharel. É de uma consistência eminentemente imaginária o acordo que se marca através do ritual da formatura no qual a sociedade aceita, com todo o ônus que acarreta para o iminente profissional, que após aquela solenidade o recém-ex-aluno esteja pronto e pode ser demandado como o detentor de um saber específico e completo. A angústia do novo bacharel frente a sua tarefa é a marca desse engodo, embora esteja investido com o *todo-saber* do discurso que lhe produziu.

¹⁹ Duplamente indicado como o sujeito com que terá de lidar no seu ofício e como o sujeito de sua própria formação.

²⁰ Observar que isso não se trata do discurso do analista: um dos quatro discursos.



lhe supõe saber através da escuta. Experimentando ver as consequências da substituição do termo *amor* pelo termo psicanalítico *transferência*, substituição garantida pela teoria freudolaciana, pergunta-se: Uma transferência de que tipo e direcionada a quê, dentro do contexto dos dispositivos de ensino e aprendizagem acadêmicos, pode prover os determinantes da mudança naquele discurso?

O amor da ciência pelo seu objeto costuma manifestar-se com mais frequência por meio de sua parcela de dominação através da compreensão e da predizibilidade. A subversão do discurso da mestria do *tudo-saber* por intermédio dos efeitos do discurso analítico, entretanto, não serve aqui por dois motivos: em primeiro lugar, pelo fato de que a formação do analista pode contribuir nessa busca como recurso analisador e não como modelo à formação acadêmica do profissional em saúde; em segundo lugar, pelo interesse em perguntar se, ao invés da mudança de discurso como propõe a teoria laciana, não existe também a possibilidade da subversão interna de um discurso com efeitos críticos e eficazes na produção de diferença no laço social.

Porém, se é a emergência de algo da ordem do discurso psicanalítico o que implica na mudança de discurso – o giro de ¼ de volta – parece constituir-se em bom motivo que, com alguma parcimônia, o interesse pela escuta do significante (o terceiro tipo de escuta²¹) tenha se tornado tema frequente até o momento nas cenas de Coleção. Mas a escuta, por si só, acumularia o potencial necessário para uma mudança de discurso?

Proponho duas saídas à questão e as apresentarei como possíveis rumos de pesquisa acerca de uma subversão ao discurso da Universidade:

²¹ Ver Quadro 1, na p.72.



Pelo discurso da histeria

Diz-se que a entrada do paciente em situação de tratamento analítico dá-se no momento em que consegue *histerizar* sua posição subjetiva ao remeter uma demanda como sujeito do sofrimento ao analista.²² Desse modo, é um tipo de *histerização* o que parece provocar a passagem de um discurso ao outro.²³ Articulando-se essa teorização sobre a condição histórica do início do tratamento na análise à afirmação de Lacan (1992) sobre ser o discurso da histeria a mola mestra do (querer) *saber* e não uma pulsão que empurra o sujeito nessa direção²⁴, poderíamos seguir tentando elucidar se há efeitos para a aprendizagem e se há condições para a escuta, quando do surgimento do discurso da histeria na situação de formação dos profissionais em saúde.

Quando a emergência de um sujeito não promove o questionamento do saber do mestre ou quando essa função do sujeito é obstruída, só resta ao aluno fazer uso dos significantes doados pelo mestre. Resta, em verdade, citar o mestre, repeti-lo. É esse, inclusive, o ato dos pequenos mestres que se encontram com fatura nos mais diversos espaços de formação. Esse ato é resultado de uma inabilidade do pequeno mestre: a de deixar deslizar os significantes-mestre que o sustentam em seu conhecimento e produzir com eles algo de novidade. Embora possa estar investido de aparente sabedoria, costuma verificar-se nesses casos corriqueiros uma apropriação indevida dos conceitos do mestre por parte do pequeno mestre ou

²² A neurose de transferência ou o amor de transferência, como Freud (1976a) a denominava.

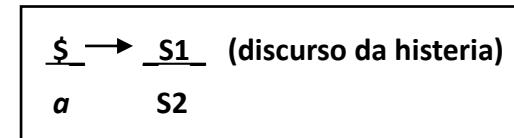
²³ É sob essa lógica que tem fundamento a afirmação: *há uma emergência do discurso instaurado pela Psicanálise em cada mudança de discurso.* (LACAN, 1985a)

²⁴ A *idade dos porquês* na primeira infância é exemplo evidente desta exigência de trabalho psíquico que parte do corpo do sujeito.



mesmo daquele que é ensinado. Cada pequeno mestre toma – no sentido de usurpar – uma parte dos S1 do mestre e o utiliza com pouca discriminação. Se tiver algum talento acaba fundando, como pequeno mestre, uma pequena ciência, um pequeno conhecimento acerca do seu objeto.

Por sua vez, o sujeito do discurso da histeria pode fundar um verdadeiro mestre, por questioná-lo, fazê-lo trabalhar:



S1, o significante-mestre, é o elemento que trabalha para produzir um novo saber estando agenciado pelo sujeito que se sustenta no objeto de seu desejo. O desejo do residente em tornar-se um profissional especializado e fundar um novo significante para si é o que parece movê-lo a ser um instigador, um implicante, um impertinente, no ato de sua formação. É próprio de seu papel no discurso apontar constantemente para a falta.²⁵ Se escutado, faz a equipe e o preceptor trabalhar para produzir um S2 no lugar do discurso (abaixo e à direita) em que se encontram os objetos de desejo como *falta a ser*, termo lacaniano que conota a dimensão de uma falta por ser ainda complementada. O S2 (saber) construído e produzido no discurso da histeria é, portanto, algo a ser ainda obtido pelo sujeito desse discurso; não lhe é entregue em sua totalidade e sem custos. É um saber singular, vinculado necessariamente ao desejo do sujeito e que necessita, para ser atingido, de uma experiência de sua parte. Por esses motivos é que se pode entender a formulação de Lacan

²⁵ De material, de consultório, de supervisão, de tempo, de motivação da equipe etc, na Residência que realiza.



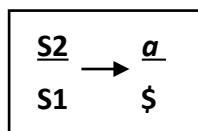
(1992) na qual está a afirmação de que a mola do desejo de saber, essencial a qualquer sujeito da formação, encontra-se no discurso da histeria e não numa pulsão de caráter sexual, como afirmaram alguns pós-freudianos implicados na psicanálise das crianças.

No discurso da universidade, o desejo de saber é escasso. Nele, o lugar do mestre quase sempre é ocupado pelo pequeno mestre que reproduz os S1 como verdade. Com que esforço pode o aprendiz escapar dos S1 produzidos pelo discurso da universidade e não repeti-los como devotos usurpadores do saber dos mestres, na medida em que o sujeito do discurso da universidade costuma não dar ouvidos ao sujeito do discurso da histeria?

Pelo discurso da universidade

A segunda saída está em buscar a subversão do discurso da Universidade como uma possibilidade interna a esse próprio discurso. Nessa linha, perguntar-me-ia pelos efeitos de ruptura e seus condicionantes que emergem dentro do próprio laço social que o discurso universitário – com seus dispositivos, políticas, modos de fazer agir e fazer falar – institui. Inicialmente procurei apenas demonstrar a viabilidade dessa proposta dentro do dispositivo dos quatro discursos, para futuramente levá-la adiante como trabalho de pesquisa.

Relembro as posições no discurso da universidade:



Falava-se da burocracia como produto desse discurso, segundo sua interpretação a partir das posições ocupadas por cada termo na máquina. O S1, significante-mestre, que, nesse discurso, representa os conhecimentos clássicos produzidos pela Ciência ao longo da sua história, sustenta como verdade um saber S2. Esse saber S2 é o que organiza e faz trabalhar o outro, aqui como objeto (*a*). O que resta de todo o processo é a (re)produção do S1 como verdade sobre um sujeito que, dessa forma, sempre estará ali, ao mesmo tempo como produto e objeto de novos saberes no discurso da Ciência. Fica evidente a produção do mesmo conhecimento e da garantia ao discurso científico de tudo poder saber com seu método.

Essa tentativa de colocar palavras que interpretem um dispositivo que, por sua vez, funciona sem palavras, como já observado, é sempre frustrante. Entretanto, percebemos com mais clareza os efeitos de fazer falar e agir desse discurso nas cenas e situações ocorridas sob sua égide.²⁶ O S2, ao ocupar a posição do agente do discurso, determina condições que parecem corresponder desde aos fenômenos mais comuns de produção contemporânea de subjetividades atreladas ao saber científico.²⁷ Assim como as próprias relações de um professor com seu aluno em sala de aula ou mesmo às que se dão num grupo de pesquisa, por exemplo, em que os bolsistas e demais pesquisadores trabalham e produzem em nome do pesquisador titular. Também se sentem os efeitos do discurso universitário na produção em escala industrial de artigos científicos, na repetição acrítica do uso do método e do conteúdo que se

²⁶ Isso também deve servir como justificativa da escolha do procedimento neste trabalho investigativo: partir das cenas de uma formação em situação de Residência que se organiza por meio do discurso da Universidade.

²⁷ Todas as áreas, seja da esfera pública ou privada, são reguladas pela necessidade de uma comprovação pelo método ou o conhecimento científico.



transmite à classe de alunos, na ausência do acolhimento a uma nova pergunta ou mesmo à possibilidade de seu surgimento, quando não referenciado ao contexto, dito científico, em que se produz.

Voltando à máquina, relembro que a posição dos termos é o que define o discurso. No discurso universitário, não há como evitar a repetição dos S1 na produção do graduando ao realizar seu trabalho, ou seja, o estudo e a pesquisa com vistas à formação, representada esta última por \$ na posição da produção.²⁸ Não é à toa, portanto, que, nesse discurso, busca-se a produção em série, nesse caso, de profissionais. Inclusive, é isso que o laço de uma sociedade organizada pelo discurso em questão espera da Universidade, ou seja, a produção de bons profissionais que possam atendê-la em suas necessidades.²⁹ Não se questiona, por exemplo, se um bom profissional pode ter singularidades em relação a outro bom profissional. Aliás, pouco se quer saber o que vem a ser o ato de um bom profissional, basta que ele tenha boas notas e muitos certificados de presença em cursos de capacitação, ambos gerados pelo próprio discurso universitário.

Entretanto, o que se espera do campo científico é a produção de novos S1. No contexto da formação, o que se espera do futuro profissional é que ele saiba enfrentar as realidades e os problemas de seu cotidiano de trabalho. Esse que é o ponto de angústia do recém-formado e principal motivo de suas reclamações aos representantes do saber universitário S2. Como uma aproximação, diríamos que o \$ com que o universitário se depara, quando recém-desamparado pela sua instituição científica, nunca

²⁸ À direita e abaixo.

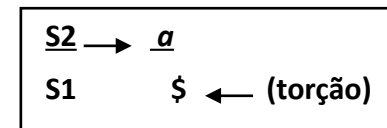
²⁹ Diga-se *en passant* que as necessidades são aquelas criadas pelo próprio discurso da ciência. A máquina parece funcionar com perfeição e de modo cíclico.



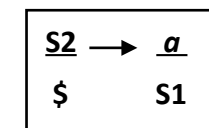
é parecido com o que fora construído como produção do discurso em que se formou.

Adiante e de acordo com a proposta de buscar os determinantes de uma subversão interna ao próprio discurso, manteremos a posição de sua dominante S2 na máquina que, por sua vez, é o que agencia o trabalho de a no discurso. Precisariamos então de outro recurso que, ao invés de provocar o movimento dos termos pelo giro de $\frac{1}{4}$ de volta que resultaria na modificação do discurso, promovesse uma permutação nos elementos que se encontram, então, na parte de baixo da máquina.

A força que pode produzir um movimento dessa qualidade no discurso, ou seja, preservando sua consistência e relações internas, chama-se, em mecânica, de *momento torçor*. Aplicando-se a torção no discurso universitário teríamos uma modificação das posições dos termos na parte de baixo do dispositivo:



Resulta:



Nessa configuração, observa-se que o trabalho de a , agenciado pelo todo-saber S2 não produz mais um sujeito assujeitado pelo discurso da ciência, mas um novo significante S1. O sujeito é o que agora sustenta S2



na posição de verdade, ao invés do S1 dos postulados científicos. Uma representação figurativa do efeito da torção no discurso da Universidade é admitir que a aprendizagem, a pesquisa e a produção de conhecimento, estruturam-se a partir dos efeitos de sujeito, ao invés da produção de um assujeitamento.

Nessa nova configuração do discurso da universidade, o agenciamento de S2 implica que o trabalho daquele que está em formação deva reportar-se ao sujeito no lugar da verdade para que produza um novo S1 na cultura em que esteja inserido. O efeito de torção nesse discurso parece tornar viável aquilo que, na apresentação deste livro, ressaltava como a solicitação do aluno de ser ensinado sobre o que considera, embora de modo tateante, que venha em seu auxílio quando defrontado com as “reais necessidades”³⁰ do mundo do trabalho.

É possível indicar a viabilidade dessa proposta de subversão interna do discurso universitário pelo recurso a um modelo topológico. Sendo a topologia o estudo das deformações contínuas que, apesar disso, não alteram as propriedades iniciais do objeto, poderemos avaliar por um recurso topológico se a aplicação de uma torção alterará as propriedades da construção do discurso da Universidade.

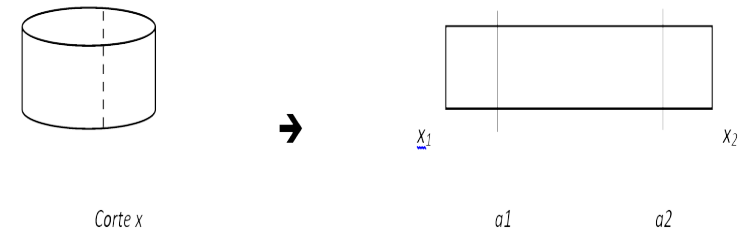
Se representarmos o que gira na máquina por uma cinta comum, como a correia de um motor de automóvel ou da engrenagem de bicicleta, existe um fundamento topológico através do qual podemos torcer essa cinta imaginária, sem rompê-la, e assim preservar suas propriedades originais.³¹

³⁰ Grifo essa expressão por ser recorrente na fala dos Residentes, quando se referem a uma provável discrepância que identificam entre a teoria e a prática, na sua concepção.

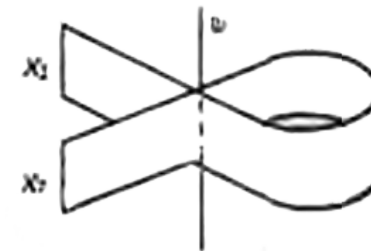
³¹ Garantindo teoricamente que não haja mudança na estrutura do discurso, nosso propósito.



Para construção dessa nova figura homeomórfica à cinta inicial, realizamos: (a) um corte x resultando nas bordas x_1 e x_2 , que serão reunidas ao final do procedimento; (b) a demarcação de duas retas $a1$ e $a2$ na cinta.



Em seguida uniremos a cinta, ainda aberta pelo corte x , fazendo com que as retas $a1$ e $a2$ coincidam no espaço e que a superfície da cinta penetre em si mesma, agora por uma linha reta a que se forma com a sobreposição das duas retas anteriores.



O que acontece neste passo não altera as propriedades topológicas, na medida em que a reta a corresponde a uma *linha de penetração*, que, por definição, em topologia, deve conter em si todos os pontos que formam as retas $a1$ e $a2$. Para finalmente obtermos a mesma estrutura da cinta inicial, basta que unamos as bordas x_1 e x_2 obtendo novamente o corte x . Dessa forma, há um homeomorfismo entre a

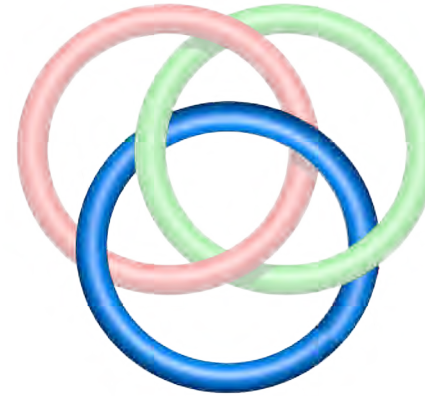


nova cinta produzida e a primeira cinta que representava a máquina dos discursos.

A cisão inicial promovida pelo corte x também pode ser considerada como um indicativo da possibilidade de haver efeitos de ruptura num discurso, sem que isso incorra na sua mudança de estrutura interna. É inegável ao simples olhar que, embora homeomórficas, a cinta representante do discurso universitário após a torção, ocupa um lugar diferente no espaço do que a primeira. Isso representa exemplarmente que a força empreendedora da torção, embora não provoque mudança na estrutura, implicará novas apresentações do discurso.

Essa demonstração tem por objetivo indicar a viabilidade de uma hipótese a ser pesquisada em suas condições de possibilidade no contexto da formação de profissionais em saúde em situação de Residência. Pergunta-se: Existem elementos que têm o potencial de provocar a torção sugerida pelo modelo teórico? Em caso afirmativo, seus efeitos na formação do novo profissional em saúde correspondem ao que o modelo teórico demonstra?

Com o objetivo de situar o leitor no ambiente acadêmico da Residência Integrada em Saúde, no item seguinte será apresentado, de modo sintético, as atividades gerais do programa que o residente da ênfase em Saúde da Família e da Comunidade da RIS do GHC deve cumprir durante seu aperfeiçoamento. Dar-se-á destaque para a aula teórica em que os residentes de todas as categorias profissionais participam conjuntamente, por ser um espaço privilegiado de encontros e de trocas interdisciplinares que talvez indiquem uma primeira possibilidade de encontrar um dispositivo de ruptura interno ao discurso formal da academia.



TRANSMISSÃO SEM RECALQUE COMO CONDIÇÃO DE RUPTURA NOS DISPOSITIVOS DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

Na Grécia antiga, havia um pensamento sobre a boa formação e uma pedagogia, por assim dizer, para atingi-la. A ideia contida na palavra *areté*, termo que designava a excelência de determinada coisa na execução de uma tarefa que lhe é inerente, lançava as bases para uma educação apropriada ao homem grego. Mas a que se referia esse termo? Como exemplo, podemos conceber que a *areté* do ouvido é ouvir bem, do olho é ver bem, e, ao que parece, assim o é até nossos dias. Entretanto, admitindo a existência de uma *areté* inerente ao homem, concebido ontologicamente, devemos supor atribuições que vão se modificando ao sabor dos ventos da história. Na construção da *areté* do homem grego, contava-se com um caminho chamado *enkúklio paidéia*, no qual já se vislumbra um paradigma holístico para a educação dentro da cultura grega. Por que tal coisa? Seria a complexidade uma prerrogativa dos problemas da antiguidade?

Os romanos adotaram a seu modo as concepções da *areté* e da *paidéia*, e as estenderam ao mundo reconhecidamente civilizado na época. Agostinho escreve e ensina na África. As legiões de Roma tentam impor a sua cultura até os domínios do mundo oriental. Terá sido isso, ainda que de modo rudimentar, porém não menos bárbaro, a primeira globalização? Essas são perguntas que colocam algumas pontuações aos postulados atuais, um pouco apressados em assumir a complexidade como característica pertinente à problemática contemporânea e a interdisciplinaridade como único caminho para sua solução.

Se prevenir é melhor do que remediar – assim como nos ensina um aforismo popular¹ –, parece que podemos aprender algumas coisas com experiências de nossa própria história. No lugar da concorrência cooperativa² dos saberes acumulados, o que parece fazer falta na preparação do homem contemporâneo para enfrentar suas realidades é a produção de *lugares de enunciação*. Faltam certos *lugares* – buracos, mais especificamente, como caracterizava há algumas páginas – onde possam surgir enunciações originais de um sujeito da experiência. Se há alguma ausência, ela é a da própria falta. Embora o recurso à interdisciplina seja tão bem-vindo, talvez traga consigo a mesma pressa afim ao discurso científico contemporâneo em tamponar com os mais diversificados conhecimentos o que uma experiência, no sentido de Benjamin, apenas indica como evidência.

¹ Agrada-me acumular exemplos que marcam o fato de o saber popular costumeiramente antecipar o conhecimento científico, além de trazer consigo a ética da aprendizagem com o que já se construiu como sistemas de pensamento humano. Um método supostamente atribuído ao pensamento científico para a construção do conhecimento que, aos poucos, torna-se menos frequente como tal.

² Observe-se que, em um sentido, a concorrência nunca chega a ser cooperativa. Essa expressão, que desse modo se torna um oxímoro, pode ajudar a refletir sobre as condições de possibilidade do ato interdisciplinar.



Os lugares de enunciação, de originalidade na descoberta, atuam como condição da subversão do que afirmava em termos dos efeitos do discurso da universidade.³

É comum encontrar nos espaços de formação profissional uma ética que poderíamos adjetivar de neoliberal, por caracterizar-se pelas especializações, capacitações calcadas no acúmulo de conhecimentos a exemplo do acúmulo de capital e da produção de competências e habilidades técnicas que possibilitam, aos tropeços, que a máquina dos serviços e das políticas sociais siga produzindo a expectativa do bem comum. Entretanto, parece que a *areté* do homem contemporâneo não coincide mais com a capacidade produtiva de esforço de trabalho, do saber-fazer sem pensar, como era esperado do homem fabril.⁴ Ao invés disso, parece que a reflexão crítica e emancipatória, a criatividade inventiva e o olhar ampliado sejam os elementos constituintes dessa nova excelência (*areté*) de um homem contemporâneo que possa romper com a ética anterior. Uma demanda, sem dúvida, além de sua potencialidade imediata na medida em que já inserido num discurso o qual precisa, antes, subverter. Um discurso capitalista que, muito embora tenha dado nos últimos anos mostras de exaustão, de ruptura iminente, não indica necessariamente uma mudança essencial em sua configuração discursiva que pode seguir não promovendo

³ Essa discussão deve ser pensada conjuntamente ao que foi trabalhado sobre a transmissão, bem como à ideia da *transmissão wireless*, presente na nota 35, p.54, em oposição à transmissão pelos *cabos-disciplinas*, produção discursiva da universidade. O presente trecho, tomado em conjunto com esses elementos anteriores, comporá um conjunto de argumentos importantes ao que será elaborado a partir deste ensaio.

⁴ Por uma digressão inspirada na lembrança da divisão didático-histórica das fases do sistema capitalista – da produção, do consumo e, recentemente, segundo alguns autores, do patrimônio financeiro (GUTTMANN, 2008) –, perguntaria se a *areté* buscada pelo homem contemporâneo não tem sido a do bom especulador?



laço social.⁵ Um mundo novo, entretanto, configura-se diante dos olhos perplexos do homem contemporâneo. Seus recursos nunca foram tão escassos para lidar com ele.

Do outro lado, observamos que o conjunto de práticas e conteúdos que a Escola e a Academia propõem como essencial à formação costuma ser insuficiente para o aprendiz poder lidar com os dilemas desse aparente novo mundo em que vive, seja no âmbito profissional seja no relacional. É isso que não se cansa de ser repetido aqui, por estar-se acostumado a repetidamente escutar tal coisa dos aprendizes, sempre que apareça a oportunidade de lhes dar ouvidos. Mas o que propõe o discurso da Universidade, assim como esboçado no item precedente, no contexto da formação dos Residentes da área da saúde?

Uma ilustração disso é possível com a lista espaço-temporal de dispositivos de formação do currículo geral mínimo da Residência em Medicina de Família e Comunidade e da ênfase em Saúde da Família e da Comunidade da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre – RS:

- trabalho prático em Equipe (diário, 50h/semana);
- aula teórica de campo sobre temas em APS, conhecido no programa como Currículo Integrado (semanal, 3h, com todos os residentes de ambos programas);
- seminário de núcleo (semanal, 2h, sobre as questões pertinentes ao fazer de cada núcleo profissional em APS);

⁵ Em referência à nota anterior: o capitalismo financeiro, cuja lógica é da especulação, segue promovendo a desarticulação de um discurso que, em sua natureza, deveria promover algum tipo de laço. O especulador, o acionista (comparar esse lugar com o do *agente* de um discurso), não está preocupado com a pesquisa e o desenvolvimento, com a renovação de equipamentos e a capacitação técnica, dentro dos objetivos de médio e longo prazo de uma corporação, mas com o lucro de curtíssimo prazo. (GUTTMANN, 2008)



▪ cursos de educação continuada (incidentais, sobre os mais variados assuntos em saúde);

▪ discussões de casos em equipe;

▪ observação de profissionais em seu ato de cuidados em saúde (quando há acompanhamento do trabalho do preceptor pelo residente);

▪ realização de estágios obrigatórios e um optativo para contemplar seu interesse e pesquisas pessoais durante o segundo ano de residência (máximo de 20h semanais);

▪ realização de uma pesquisa científica a ser entregue como trabalho de conclusão da Residência ao final do segundo ano;

▪ atribuição de uma nota após ser aplicado protocolo de avaliação.

As opções oferecidas como espaços de formação ao residente são variadas e podem ter peculiaridades, dependendo da Equipe e da Unidade de Saúde em que se desenvolve a formação. Portanto é possível que um grupo de residentes experiencie com maior ou menor intensidade a interdisciplinaridade, o trabalho educativo com a população, a gestão compartilhada e o controle social, as ações intersetoriais na comunidade, entre outras possibilidades, conforme o local onde esteja lotado para desenvolver sua Residência.

Basta um rápido olhar sobre o currículo geral para surgir diante dos olhos uma reprodução bem fiel dos principais métodos e dispositivos de ensino oriundos da Academia, bem no seio do programa de Residência. Seminários conduzidos, por vezes, como aulas expositivas tradicionais a despeito da sua denominação, estágios, avaliações, notas e pesquisa como trabalho final. Uma aparente insistência significativa como efeito do discurso universitário?



Sendo um *discurso* o que faz agir e desejar, observar que, recentemente, essa Instituição de atenção à saúde não está medindo esforços para a criação de cursos de especialização internos, de um programa de mestrado profissionalizante e mesmo de graduação em ensino superior, é perceber a magnitude dos efeitos do discurso na produção desse desejo pela Academia.⁶

A reprodução de formas acadêmicas necessariamente implicará os mesmos resultados em termos de formação profissional? Nesse caso, qual é a aposta da Residência como fundamental para a formação? Ser uma iteração tão fiel à Universidade faz com que a formação especializada por intermédio da Residência tenha seu propósito fundamentado na excelência por acumulação? Há linhas de fuga no dispositivo *Residência* que tensionam o discurso que o conforma? Essas são as perguntas preliminares àquelas outras apresentadas anteriormente e que dizem respeito à possibilidade de uma torção no próprio discurso da Universidade.

Gostaria de indicar uma pista para a investigação de possíveis respostas. Encontrei-a na alcunha, no apelido, no *nome outro* pelo qual a Residência também é reconhecida. O processo pelo qual o residente está passando em sua busca pela construção para si de uma subjetividade profissional costuma chamar-se também de *formação em serviço*. O complemento é o que dá a pista. *Em serviço* é o elogio da prática no contexto da formação.⁷ Embora vestida pelo discurso da Universidade, produtora da teoria,

⁶ No ano de 2010 a criação da *Escola GHC* tornou realidade institucional esse desejo previsto anteriormente.

⁷ A denominação mais adequada para uma especialização como a Residência seria *formação em serviço e sob supervisão*. Se *em serviço* revelaria o elogio da prática, o esquecimento de *sob supervisão* representaria o quê? O tema da supervisão será considerado na parte final do livro.



a distribuição da carga horária no programa de Residência revela o apreço pela prática. Afora os seminários de campo e de núcleo profissional, mesmo as demais atividades de reflexão teórica, como a discussão de casos clínicos, por exemplo, devem ocorrer durante o tempo de serviço nas Unidades de Saúde.

A prática mais intensiva da Residência, se comparada aos estágios curriculares de qualquer curso superior, faz o efeito de torção no discurso acadêmico que a produz ou constitui simples complementaridade para a formação, tendo em vista que a prática também se estrutura pela teoria científica? Esse é um ponto em questão.

Outro elemento encontrado no dispositivo que indicaria como possivelmente fértil para a investigação dos efeitos de torção no discurso da Universidade dentro do currículo do programa de Residência é o que se convencionou chamar de Currículo Integrado (CI). O CI é um currículo *outro* dentro do Programa. Também pode ser chamado de *aula de campo*, por se tratar do ensino no contexto do campo da saúde e acerca dos elementos fundamentais para a reflexão e prática da APS, da qual participam integradamente todos os residentes de todas as categorias profissionais que compõem a Residência Integrada em Saúde e em Medicina de Família e da Comunidade.

Tendo iniciado com os residentes do segundo ano do programa de Medicina de Família e da Comunidade no ano de 2001, a *aula de campo* trazia uma série de inovações para a proposta de formação dessa especialidade médica. No lugar dos módulos teóricos estruturados segundo o modelo acadêmico tradicional da transmissão de informações, o CI, como o seu nome sugere, procurava integrar os conteúdos a serem trabalhados de modo articulado, privilegiando a reflexão crítica dos residentes, e usando como projeto pedagógico os próprios elementos da vigilância em saúde,



estratégia comum do Serviço de Saúde Comunitária, cenário dessa Residência.

A proposta pedagógica dessa aula integrada possui uma peculiaridade que a singulariza como dispositivo de formação: suas atividades e dinâmicas de sala de aula são organizadas pelos elementos principais da estratégia da vigilância em saúde. Os programas, o planejamento, os modelos de atenção, a educação em saúde, o levantamento de problemas do território e os principais conceitos necessários para o trabalho em APS servem como inspiração para a construção do processo de aprendizagem dos residentes.

Reiteradas avaliações semestrais acerca do processo de ensino e da aprendizagem do CI, realizadas pelo grupo de residentes, indicaram a necessidade de proporcionar maior tempo e espaço de participação para as discussões acerca dos temas suscitados durante as aulas. O aumento significativo do número de alunos a cada ingresso anual passou a trazer dificuldades para o trabalho em grande grupo. Nessa ocasião, o grupo de coordenação do CI⁸ apresentou uma nova proposta metodológica para a dinâmica das aulas no ano de 2006. Estabeleceu-se como estratégia metodológica a PBL (*Problem Based Learning*), que, além de contar com um vasto número de estudos teóricos e experiências na área da saúde, principalmente em disciplinas de cursos de medicina, permite trabalhar a autonomia no processo de aprendizagem e, operacionalmente, a maior troca de experiências e reflexões entre os alunos por ser realizada em pequenos grupos.

Minha percepção como um dos preceptores do grupo coordenador dessa atividade de reflexão teórico-

⁸ Composto por cerca de uma dúzia de preceptores das diversas categorias profissionais que integram o grupo de profissionais contratados do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.



prática permite, preliminarmente, afirmar que a passagem pelo CI produz uma experiência de descentramento para o residente. Toda a construção de modos de aprender, iniciada desde o ensino fundamental, precisa ser revogada para dar lugar à autonomia no seu estudo. Suas concepções profissionais construídas ao longo dos anos na Universidade chocam-se no (des)encontro com os demais saberes integrados naquele dispositivo. Ser estimulado à reflexão sobre seu fazer e fazer a partir de sua reflexão, sem que, em seu socorro, intervenha um mestre detentor de mestria que indique o caminho seguro ou mesmo um artigo científico consumido e aplicado como a verdade – pois sua crítica será demandada – produz a angústia do descentramento na construção da subjetividade do residente como profissional da saúde; e produz algumas resistências, aguardadas antecipadamente.⁹

Embora seja mais comum no jargão da formação médica, o termo *treinamento* – que também faz referência ao período da formação em serviço – sugere um possível direcionamento na expectativa do profissional em formação a respeito do programa de Residência. Como bons significantes, as palavras acabam por associarem-se em combinações as mais diversas, e se ouve que a Residência também é chamada de *treinamento em serviço*.

Reconhecendo nas denominações mais do que simples formas coloquiais de referência, mas um desejo organizado pelo laço institucional em que ocorre a formação, pergunta-se: Um programa de *treinamento especializado* – é, afinal, assim, que deve ser concebida a formação do novo profissional em saúde? Um período de dois anos de duração no qual o profissional recém-formado reencontra

⁹ Como curiosidade, repete-se com alguma frequência na fala dos preceptores a palavra *resistentes*, como ato falho, no suposto lugar de *residentes*. Atualmente, o ato falho já virou chiste, o que não muda sua qualidade de verdade de uma formação do inconsciente.



o discurso da Universidade, porém agora matizado por uma das faces do discurso do Mestre que o faz também prestar serviços como um funcionário contratado da Instituição, é assim que afinal se caracteriza essa formação? Desse ângulo, não parece ser devido apenas ao gozo histórico a reclamação de servir como mão de obra de pouco custo à Instituição, o que, em certos momentos, aparece como voz de um grupo inteiro de aprendizes *em serviço*.

Que dizer do treinamento? Qual seu propósito? Treinar consiste de ato repetitivo que transforma um conhecimento consciente em algo imediatizado, pré-consciente. Treinar implica preparar o aprendiz para desempenhar seu ato sem a angústia de ser surpreendido em sua incapacidade. É também ensinar o *macete*, a forma automática de ter sempre uma resposta em cima do lance: a prática leva ao hábito. Mas a teoria também automatiza.

Na avidez por um conhecimento total supostamente acessível pelo treinamento o residente, objeto do discurso universitário, é presa fácil do dogma. Os significantes-mestres (S1) como verdades que sustentam o Saber (S2) no discurso impõem outra automatização, dessa vez não do ato na prática, mas do ato no pensamento. O residente treinado no referido discurso reproduz os significantes-mestres da Ciência e os aplica na produção do serviço que presta.¹⁰ Ao residente restam poucos espaços de inscrição como profissional em treinamento nas Equipes a não ser naquele em que se vê na condição de repetir o dogma. Isso, ou situar-se fora do discurso, um lugar difícil de sustentar. Por tal coisa é que talvez com frequência a maioria nem cogite sustentar.

Após alguns anos da escritura das recomendações sobre a técnica da Psicanálise, Freud (1976b) já se queixava

¹⁰ Não se materializa aí a afirmação de Lacan sobre a produção de pura burocracia nos contextos em que opera o discurso da Universidade?



de uma obediência dos novos analistas que transformavam a plasticidade de suas observações em rígidas regras a serem seguidas como um imperativo. A única posição subjetiva do aprendiz que ainda não pode autorizar-se em sua prática por conta de uma experiência conquistada, mas outorgada, é a submissão. Freud (1970), ao perguntar-se sobre o espírito criativo no artigo sobre Leonardo da Vinci, identifica que há uma diferença fundamental entre o trabalhar com o espírito e o trabalhar com a memória. Neste último caso, sem dúvida, é preciso lançar mão da repetição imitativa. No mesmo artigo, Freud considera a capacidade de olhar o mundo com olhos espantados uma das mais altas aptidões do homem, uma condição essencial para a criação. O contrário deixa o homem na posição de submissão à autoridade e sem outro recurso que não seja a imitação pela memória.

Presas fáceis do dogma, esse homem. Mas há presas que se deixam prender. Por quê? Último recurso para subsistir no discurso? Morte da singularidade? Efeito do modo de subjetivação contemporânea pelo discurso do capital? Sintoma que oportuniza algum tipo de laço tênue entre os entes sociais que nos tornamos?

O dogma sustenta-se pela posição do mestre portador da mestria no discurso. A estrutura do discurso da universidade verifica que o elemento em posição de representante dessa autoridade é o saber (S2), ou melhor, a bateria dos significantes já organizados em torno de um campo de saber. (LACAN, 1992) O S2, como interventor e agente desse discurso, domina e faz trabalhar o objeto causa do desejo (*a*) representado nesse caso pelo residente.¹¹

¹¹ Tomar o residente como causa do desejo no contexto desta Residência parece permitir uma série de novas reflexões interessantes sobre as relações dele com seus preceptores. Essa questão será retomada, em alguns de seus aspectos, na parte final do livro.



No discurso universitário sem alterações, o que se produz é um sujeito dividido (\$), fruto do agenciamento do saber instituído e sustentado pelo significante mestre (S1) no lugar da verdade. Essa estrutura não coloca em jogo nem o S2 (o agente), nem o S1 (a verdade). Se a bateria dos significantes já organizados apenas agencia – *faz trabalhar*, por ocupar a posição do agente – e o significante mestre ocupa o lugar de verdade, o que resulta é a produção de um automatismo de repetição do mesmo saber (S2), indefinidamente. Ao residente, em posição de objeto causa do desejo no discurso, pois é a ele que se endereçam os dispositivos de formação, resta uma vivência alienada ao dogma.

Em termos psicanalíticos diríamos que o discurso universitário induz que a transmissão no seu contexto dê-se pelo recalque, ou seja, por uma obediência superegóica ao saber do mestre inquestionável. Entretanto, cabe lembrar que, na máquina do discurso, há a previsão do gasto, da perda que desorganiza o sistema, visto que Lacan não descobriu o moto-perpétuo. Em cada discurso existe uma impotência e uma impossibilidade. (LACAN, 1985a) No discurso universitário, o que falha é o ideal da totalização do saber pelo método científico e abre, por decorrência, uma possibilidade para a produção de singularidade no lugar da pura repetição da teoria. Mas essa porta aberta à singularidade, embora convidativa, não se costuma atravessar. Efeitos de discurso ou recuo frente ao Real?

Levando em muita consideração a diferença crucial para essa investigação entre o saber e o conhecimento, a afirmação da possibilidade de transmissão de um saber – possibilidade necessariamente diferente da transmissão de conhecimentos – jamais pode ser a que se efetiva pelo recalque de uma experiência singular em favor da repetição do dogma. A busca da educação suficiente e

necessária do profissional em Saúde que lhe permita lidar com o Real do encontro com um algo¹² que se expressa e demanda a cura ou a felicidade, dirige-se em essência a uma possibilidade de transmissão não exclusiva pelo recalque, ainda que num contexto de simulacro acadêmico como os cursos de Residência. Ao inscrever-se no corpo, o saber passa a ser uma experiência inalienável. Experiência que pouco se transmite pela repetição de atitudes e conteúdos, mas pelo significante que, por não levar colado a si um significado dogmático, só poderá produzir sentido – necessário à apreensão dessa experiência –, no momento em que o *sujeito* da aprendizagem possa representar-se singularmente ao conjunto dos demais significantes do discurso.

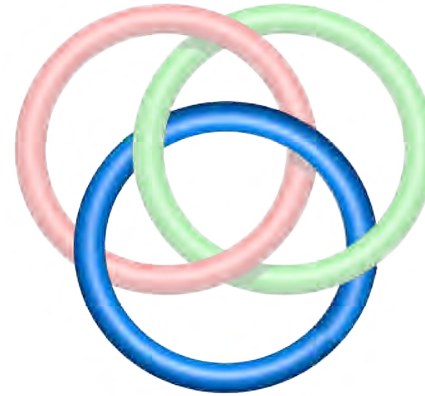
Este é o protótipo da transmissão pelo significante, que se busca como outra possibilidade a ser explorada no contexto do discurso universitário. Associada a essa questão também está a interrogação acerca das condições de enunciação – verdadeiros espaços de fala e, sua contrapartida, a escuta – desse saber no contexto do discurso chamado da universidade.¹³

Nos próximos ensaios retomarei o trabalho a partir das cenas da coleção. As duas últimas cenas colecionadas, apresentadas e trabalhadas a seguir, complementam o *grutesco* – enquadre lógico do trabalho – ao serem tomadas em conjunto com os cinco ensaios precedentes e, assim, finalizam a primeira parte deste livro.

¹² O ente, sua família ou sua comunidade, todos continentes possíveis à emergência de um sujeito.

¹³ Em outros termos: há escuta possível ao sujeito da formação no tempo lógico de sua subjetivação?





CONSTRUÇÃO CLÍNICA DE CASO E DISCUSSÃO

EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: outra possibilidade do colecionador?

Desde que as teorias da complexidade patrocinaram o que Thomas Kuhn (1978) chamaria de mudanças de paradigma no campo científico, é comum que busquemos soluções para conhecer e operar com as novas construções de objeto com o auxílio da integração entre diferentes disciplinas. Proliferam no campo científico das teorias e das práticas os estudos dos termos afins ao que se reconhece como interdisciplinaridade. Entretanto, saberes distintos são construídos a partir de paradigmas nem sempre conciliáveis e essa integração parece problemática logo na largada. As provas dessa dificuldade surgem diante da observação corriqueira das tentativas de mistura entre os campos do conhecimento: costumam parecer-se mais com aquela do óleo e da água do que com outras, mais homogêneas.

Os diferentes saberes parecem conviver apenas na medida do respeito aos seus limites e quando tomados em situação de complementaridade. Parece claro que, neste último caso, o resultado segue sendo a parcialidade do

conhecimento e a compartimentalização operacional frente ao objeto assumidamente complexo. É difícil, no entanto, encontrar quem esteja satisfeito com esse resultado. Não parece ser esse o nível de trabalho que se busca em termos de visão complexa dos problemas atuais.

O que dizer quando nossa atenção transcende o teórico, e volta-se ao caráter prático das tentativas de cooperação, não mais apenas entre saberes distintos, mas entre sujeitos de saberes distintos?

Realizar a interdisciplinaridade em qualquer âmbito, seja no da produção teórica, seja no do ato profissional diário, depende sempre das condições em que se trava o jogo de saberes das disciplinas concorrentes; e este último parece ser o melhor termo. Praticar a interdisciplina costuma ser angustiante e desagradável. Este ensaio procurará problematizar algumas disposições que podem tornar possíveis os atos cooperativos entre sujeitos de diferentes formações teóricas – como os integrantes de uma equipe de saúde ou de um grupo de pesquisa – a partir de reflexões, exemplos e, inicialmente, da seguinte pergunta: quais são as possibilidades de reflexão que nos têm sido apresentadas para tentar resolver os impasses que uma necessidade de trabalho cooperativo entre os saberes impõe no momento da prática?

Como todo tema que dá seus primeiros passos, ainda parece incipiente a produção intelectual sobre a questão, embora alguns autores venham ao longo dos anos assumindo a difícil empreitada em diversos contextos.¹ Na maioria dos casos, as propostas para encaminhamento da questão aparentemente acabam girando em torno

¹ Na psicopatologia (CAON, 1994), na clínica psiquiátrica (ZIEGELMANN, 2005), nas práticas em saúde coletiva (MEHRY, 2002; CAMPOS, 2003), para citar apenas alguns exemplos, mais próximos ao meu campo de atuação profissional.



do argumento de transcendência, ou seja, os autores parecem concordar que o projeto teórico do trabalho disciplinar em uma situação de cooperação – numa equipe multiprofissional, por exemplo – só se efetivará na prática segundo uma específica condição de possibilidade, a saber, o ato transdisciplinar. Não parece, entretanto, que já estamos em condições de definir, finalmente, como se dá esse tipo específico de ato. No entanto, parece possível assumir que seu fundamento teórico deva residir na articulação dos pilares conceituais da transdisciplinaridade, a saber, a complexidade, os níveis de realidade e a lógica do terceiro incluído. (ALVARENGA, 2005; NICOLESCU, 1999) Já os apontamentos sobre a questão da prática, por sua vez, costumam apenas indicar certas disposições lógicas e comportamentais para que determinado grupo de trabalho venha a atingir um procedimento verdadeiramente transdisciplinar.

Partindo do ponto em que as pesquisas parecem encontrar-se, proponho colaborar com o avanço conceitual sobre o problema por meio da colocação de certos interrogantes que me parecem fundamentais. Ao final, por intermédio de uma cena de coleção, será feita uma proposta inspirada por ela e pelos conceitos apresentados em forma de problemas, sobre uma condição de possibilidade do trabalho em equipe interdisciplinar.

Quais seriam os primeiros conceitos que parecem constituir problemas fundamentais para elucidar a questão? Inicialmente, trouxe o argumento de *transcendência* que figura em grande número nos textos sobre o diálogo entre os saberes. Nesse caso, coloca-se a necessidade de saber se o prefixo *trans* deve ser entendido como em *transamazônico* ou em *transplatino*? Na primeira acepção, *trans* ajuda a dar sentido àquilo que atravessa.² Na segunda, àquilo que está

² A histórica estrada brasileira, construída no governo do presidente



além de.³ Usando uma metáfora da Mecânica todos diriam que, no primeiro caso, a transdisciplinaridade pode ser a resultante das forças que estão em jogo em determinado campo, ou seja, aquilo que, como produto, atravessou cada uma das disciplinas e surgiu como novidade. No segundo caso, transdisciplina é aquilo que está *além* do disciplinar e, assim sendo, não deve constituir nova disciplina. Dependendo da escolha, seríamos levados a um ou outro caminho na reflexão.⁴

Outra concepção, agora na área da produção interdisciplinar, é a que observa e assume as fronteiras entre os saberes, mas sugere que haja zonas de apagamento ou mesmo alguma porosidade nelas. Aqui está presente a possibilidade de penetração e de diálogo nas regiões supostamente diferentes entre si. Em alguns casos, ao invés de fronteiras, podemos nos servir do termo *litoral* (LACAN, 2003, p.18), que até parece mais apropriado, na medida em que representa o que divide dois heterogêneos.

Uma terceira percepção é a que amplia o olhar sobre a linha que demarca o litoral e passa a enxergar um *entre*. Surge o *entre-lugar* de Santiago (1982) ou o espaço *intersticial* (BHABHA, 1998), como recursos conceituais e mais um campo de investigação.

Assumo todos os enfoques anteriormente apresentados como aproximações conceituais importantes para pensar as possibilidades práticas do trabalho complexo entre saberes de diferentes bases epistemológicas. E preliminarmente, para demarcação e fertilização do

Médici, que atravessa a planície amazônica.

³ Estabelecendo a oposição ao termo *Cisplatino* que define a região aquém do Rio da Prata.

⁴ Portanto, é um argumento discordante daquele que atribui à transdisciplinaridade a prerrogativa de definir o que está ao mesmo tempo *entre* as disciplinas, *através* das diferentes disciplinas e *além* de toda e qualquer disciplina.



terreno – ou mesmo *extraterreno* – em que se dará um ato de integração cooperativa de saberes, penso ser necessário sempre estipular: qual a acepção de *trans* que produzirá o ato, qual a permeabilidade entre os *poros* interdisciplinares ou quais os contratos de relações no litoral epistemológico da questão.

Levando em consideração a história das teorias do conhecimento, seus modos e seus meios, desde a *Revelação* até a tentativa de sistematização pela *razão*, Mezan (2002) apresenta um debate que parece justificar aqueles acordos preliminares. Na medida em que a proliferação dos campos de saber levou os espíritos investigativos a consentirem que o objeto de conhecimento não seja dado, mas construído, e que a forma de fazê-lo modificava-se no decorrer da história, a ciência passa a perder o caráter de conjunto fechado em termos de método.

Estabelecendo um contraponto ao que está na obra *As Palavras e as Coisas* de Foucault (2000), a saber, a afirmação que, mesmo constituindo diversos objetos de conhecimento, algumas disciplinas parecem partir de um mesmo solo – as chamadas *epistemes* –, Mezan (2002) apresenta a tese de G. Lebrun, segundo a qual cada disciplina deve ser estudada epistemologicamente considerando-as possuidoras de racionalidades próprias. Mantendo a metáfora, diferentes disciplinas jamais brotariam de um mesmo tipo de preparação de solo.

Mezan (2002) segue argumentando que, embora o objeto de conhecimento seja construído a partir de diversas racionalidades, a sua ontologia não é determinada de qualquer maneira, ao sabor das elucubrações que o jogo conceitual permita. Cada objeto de conhecimento construído guarda relação direta com o seu *referente*, ou seja, o fragmento de realidade da qual ele se recorta.⁵

⁵ Mezan (2002, p.469) não deixa esquecer que há um paradoxo



Mesmo assim, cada disciplina o concebe conforme sua racionalidade, como quer G. Lebrun, e o referente *sofrimento psíquico*, por exemplo, constrói-se como objeto da psiquiatria, da psicologia, da psicanálise, do espiritismo, da medicina oriental, de modo bastante diverso.

O ato interdisciplinar, que, *grosso modo*, diz respeito à transferência dos métodos de uma disciplina para outra, acaba por sofrer sérios abalos a partir das condições apresentadas acima. Poderíamos admitir, talvez, uma melhor possibilidade de interação apenas entre aquelas disciplinas de mesma *episteme*, segundo o pensamento foucaultiano. A tese de G. Lebrun, no entanto, estilhaça essa possibilidade.

Mesmo assim não se está negando que existam efeitos de construção interdisciplinar. Mas cabe lembrar que estou ocupado com o ato de cooperação entre os saberes a partir dos agentes desse ato. A teoria do caos, por exemplo, é um efeito de registro interdisciplinar, sem dúvida, dentro da qual o matemático e meteorologista Lorenz (1996) pôde estabelecer as bases do que se tornou conhecido como *efeito borboleta*.⁶ Assim, pergunto como teria ocorrido o processo e a que resultado se chegaria, se um matemático cooperasse com um meteorologista? É claro que nessa situação também teríamos, como na situação original, dois modos de construir o objeto a partir de um mesmo referente e que buscam heurísticamente uma solução. Da mesma forma, estariam presentes duas racionalidades que gerariam a nova disciplina que, por sua vez, conduziria uma terceira construção de objeto. No entanto, gostaria de propor uma questão aparentemente singela: haveria

possível na relação do objeto com seu referente, pois há casos em que consequências lógicas da teoria permitem que o objeto preceda o referente.

⁶ Ideia alegórica em que o bater das asas de uma borboleta poderia ser o desencadeador de um tufão no outro lado do globo terrestre.



diferenças em termos de resultados obtidos apenas pelo fato de que essas duas racionalidades partissem também de duas pessoas distintas, ao invés do caso de Lorenz, que as reunia em sua própria formação?⁷

Em 2002, Derrida (SAVIAN F^o, p.43) proferiu uma conferência no Congresso da Associação das Sociedades de Filosofia de Língua Francesa cujo tema se referia ao futuro da Razão, e no qual defendeu que os cientistas inebriados pela tecno-ciência não distinguem mais o que é racionalidade do que é razão. Ou melhor, tomam aquela por esta, reduzindo novamente o objeto de conhecimento a apenas *um* único olhar. Parece tratar-se de uma crítica que possui toda pertinência, na medida em que o projeto metodológico da ciência buscou suprimir ao máximo a fé, substituindo-a pela razão, e agora perde esta última de vista. Derrida segue dizendo que é o próprio dinamismo da razão que engendra as diferentes racionalidades, mas que elas têm sido tomadas, conforme interesses técnico-econômicos do momento histórico, como a razão *em si*. Com a razão enalhada, como sugere Derrida, fica-se sem outro caminho que não seja reassumir a crença nas proposições de uma única racionalidade por vez. Derrida afirma que o caminho para o desencalhe da Razão seria a constante crítica epistemológica das racionalidades e, paradoxalmente, também a abertura para a fé, a estética – elementos da verdade da experiência humana – como igualmente relevantes à crítica racional. Isso, segundo ele, poderia ser efetivado apenas mediante duas condições: a liberdade e a amizade.

Nem as colocações principais daquela conferência, nem a aporia de Derrida será tratada com detalhe aqui. No

⁷ A pergunta é pertinente no contexto de trabalhos em que o sujeito do inconsciente e a singularidade não se encontram excluídos da pesquisa.



entanto, apenas cabe indicar que a amizade, nesse caso, deve ser entendida como um *movimento de liberdade*. Amizade livre é aquela que não implica submissão nem obrigação com o outro. Ser amigo é possibilidade de acolhimento e hospitalidade ao que se apresenta como diferença radical. (ARAÚJO, 2005)

Mas, será isso suficiente para que as racionalidades conversem? Ou, tocando de modo mais direto na interrogação que propus há pouco, será suficiente para que os agentes de um ato de cooperação interdisciplinar conversem e produzam? Passo a mais uma cena de coleção que, espero, possa servir de pano de fundo para mais reflexões acerca dessa questão.

Uma discussão clínica?

Após um grupo de residentes de primeiro ano na ênfase de Saúde da Família e Comunidade da RIS e da RMFC levar cerca de três meses no âmbito da aula teórico-prática semanal⁸, construindo para si os conceitos de território, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – elementos básicos da APS e fundamentais para o seu trabalho nas Unidades de Saúde em que realizam a Residência –, sugeriu-se que, divididos em pequenos grupos multiprofissionais, fizessem um exercício. Cada grupo recebeu um relato, que poderia ser fictício, de um caso atendido durante certo tempo por uma equipe de saúde, e teria de identificar, a partir dele, os conceitos estudados até então. Além disso, deveriam propor uma solução para o problema contido no caso, do modo como conseguissem e com os recursos de que dispusessem.

O grupo de residentes, do qual fiz parte para acompanhar e auxiliar sua tarefa, era composto por

⁸ O Currículo Integrado (CI).



quatro médicos, uma enfermeira, duas assistentes sociais e dois dentistas. As contribuições segundo o olhar da psicologia ficariam ao meu encargo. Da mesma forma como montamos um relato de caso cheio de elementos para outro grupo resolver, também recebemos uma situação bastante complexa para dar conta. A experiência de outros anos em que fizemos essa atividade permite afirmar que os casos frequentemente são compostos com elementos verídicos, às vezes misturados, de situações que os próprios residentes vivenciaram nos primeiros meses de sua prática. Não parece à toa que eles acabem escolhendo aquelas que lhes geraram maior angústia e o material desse exercício acaba sendo de difícil lida.

A situação-problema que coube ao grupo discutir dizia respeito a uma mulher de 57 anos – cuja atividade fora a prostituição – diagnosticada recentemente como portadora de transtorno bipolar e com a característica de má adesão aos tratamentos propostos. O relato recebido compreendia um período de meio ano durante o qual algumas visitas da paciente e de seus familiares à Unidade de Saúde desencadearam uma série de dilemas para a Equipe, até chegar à notícia de sua morte por *overdose* de cocaína.

Após algum tempo detidos em um momento de exasperação frente ao que leram, os integrantes do grupo iniciaram o trabalho. Escolheram organizar em frases curtas os fatos presentes no relato recebido que informavam os acontecimentos em cada mês. Por exemplo, *em fevereiro*: episódio maníaco, há dois meses sem medicação, agressão à enfermeira pela demora da consulta, fuga da Unidade por não aceitar a contenção farmacológica; *em março*: persistência do surto, paciente organiza abaixo-assinado contra a médica da Unidade, é atendida por diversos profissionais e primeira tentativa de abordagem da equipe



com a família da paciente; *em maio*: acompanha consulta para o filho e apresenta conduta inadequada em sala de espera ao interagir verbalmente com outros pacientes, perda da oportunidade de o profissional tentar novamente o atendimento para o problema da paciente, por não ter revisado o prontuário; *em junho*: notícia de sua morte.

A partir da tentativa de identificação dos elementos básicos da APS, o grupo começou a pensar criticamente o caso, observando o que estava adequado e inadequado na sua condução desde o ponto de vista dessa lógica. Perceberam, por exemplo, que a escolha inicial da paciente na busca de auxílio para sua enfermidade não foi a equipe do Posto de Saúde. O *primeiro contato* estava fora do alcance daquela equipe, mas, ainda assim, houve algum *acolhimento* no dia em que ela chegou surtada na Unidade. Concordaram que, nessa oportunidade, já deveria ter sido feita a tentativa de contato com a família, para notificar a situação, compreendê-la e orientar sobre uma possível internação. Isso poderia ser o início da construção de um novo *vínculo* da equipe com a paciente e sua família, segundo uma das residentes. Observando que fora atendida por diversos profissionais sem nenhum incremento em sua situação de saúde, o grupo de residentes entendeu que houve *continuidade* no atendimento, mas não *integralidade*. E que o fato do momento em que retornara à Unidade de Saúde, para procurar consulta para o filho, não ter sido aproveitado para uma tentativa de abordar o seu problema, fez o grupo concordar que inexistiu a *coordenação* do cuidado: faltara diálogo entre a equipe e responsabilização pelo caso.

A discussão entre os residentes, que transcorria de modo respeitoso ao espaço de fala de cada um, levantou a hipótese de que o cuidado integral, naquele momento, consistiria no acolhimento dessa paciente pela equipe e na

atitude de encaminhamento a uma unidade de internação, onde lhe seria oferecido o tratamento mais adequado. Durante o tempo de internação, a equipe teria condições de tentar a aproximação com os familiares, auxiliá-los na organização dos cuidados para o retorno da paciente e, com isso, criar vínculo com essa família. Após a paciente voltar para casa, a equipe tentaria dar continuidade ao tratamento, sugerir participação em grupo de apoio, entre outras ações preventivas. Ao final da discussão, que também era recheada por opiniões técnicas oriundas de cada olhar profissional ali presente, o grupo concordou que a coordenação do cuidado, embora respaldada pela equipe de saúde, também caberia àquela família. Além dos problemas revelados pelo sucinto relato do caso, o grupo também se mostrou atento em abordar questões referentes ao HIV/AIDS, como o hábito do preservativo e problemas associados, como o uso de drogas, tendo em vista que a paciente é ou fora profissional do sexo.

No final daquele dia, havia sido realizada a tarefa de identificar os elementos fundamentais da APS, como fora proposto ao grupo. Entretanto, realizou-se também a avaliação da conduta da equipe, várias reflexões diagnósticas sobre o problema, a construção de um plano de ação para os cuidados necessários com a paciente e uma experiência valiosa de troca entre os saberes em busca de cooperação para resolver o caso. Ocorreu-me de pronto uma pergunta que, embora deslocada do contexto, não hesitei em lançar ao grupo de residentes: Por que aquela não teria sido uma discussão clínica? A pergunta pareceu-me pertinente, na medida em que o propósito de uma discussão clínica, além do aspecto de aprendizagem para uma equipe, é o diagnóstico do problema e a elaboração do plano terapêutico. Minha impressão fora de que isso havia ocorrido, ali, naquele dia. Quebrando o silêncio em



que o grupo mergulhou após a pergunta, um dos residentes médicos, com alguma cautela, arriscou dizer que não houvera sido uma reunião clínica, porque não se tratou focalmente de discussão sobre a patologia da paciente, naquele caso, o surto maníaco.

Embora algumas questões sobre a bipolaridade tenham, sim, surgido durante o processo de reflexão, realmente a discussão transcendeu em muito o foco no aspecto sintomático. Foi bastante além na compreensão do problema da paciente ao estender o olhar para sua condição familiar, profissional e afetiva, entre outras. Ora, por que uma dilatação da capacidade de olhar o problema desqualificaria a característica clínica de uma prática de discussão cooperativa entre diferentes saberes, como a que se estabeleceu a partir da proposta desse exercício aos residentes? Encerrou-se aquele dia com a pergunta no ar.

No presente contexto, a pergunta pertinente para o trabalho que aqui se desenvolve deve ser diferente, ao passo que se procura contribuir para resolver a questão colocada que diz respeito à dificuldade da cooperação entre os agentes dos saberes na resolução de problemas complexos. Assim, pergunto: O trabalho descrito há pouco, realizado pelo grupo de residentes, sustentou-se em quê? Que número de elementos permitiu que um grupo heterogêneo em núcleos de conhecimento representados, embora circunscritos ao mesmo campo da saúde, dialogasse e construísse um trabalho a partir da cooperação? Afinal, o que terá supostamente vencido a barreira pessoal entre os integrantes do grupo e epistemológica de cada área, permitindo a cooperação?

O clima amistoso em que transcorreu o trabalho daquele grupo de profissionais bem que poderia inspirar uma solução pela óptica da amizade, como nos concede

Derrida. Inclusive, como observava no início deste texto, a maioria dos autores que se ocupam dos problemas da mistura entre diferentes saberes não deixam de incluir um elemento de atitude em relação ao outro, sempre estrangeiro, que permita sua aproximação. Iribarry (2003), por exemplo, aposta na *humildade* como essa atitude, justificada por uma consciência da incompletude do saber a que cada qual se filia, frente aos problemas constituídos.

Mas a atitude acolhedora, amistosa, humilde ou castrada frente ao outro, não parece ser suficiente. A questão epistemológica é um nó crítico – que o método científico e a conseqüente produção de conceitos engendraram – que parece atar a razão em territórios herméticos; e produzir as racionalidades. Mesmo que se estenda um convite amistoso ao estrangeiro para visitar o campo de nosso saber, ainda assim ele seria introduzido em um *nível de realidade* no qual é praticamente cego. Teria alguns recursos, mas em grande medida precisaria ser conduzido pela nossa palavra e nosso ombro.

Nesse sentido, gostaria de reatualizar um achado que anunciei ter colhido na lavoura intelectual de Walter Benjamin e que inspirou em parte o método utilizado nesta pesquisa⁹. Nele, pareceu-me estar contida também a semente de um procedimento formal que permitiria a melhor efetivação do ato cooperativo entre os saberes na solução de problemas complexos. Um dos muitos aforismos que compõem o texto de *O Colecionador*, também parece nos indicar um caminho para proceder a *inter* ou mesmo a *transdisciplinaridade*:

O verdadeiro método de tornar as coisas presentes é representá-las em nosso espaço (e não nos representar no espaço delas). (Assim procede o colecionador...)

⁹ Cf. p.25 e seguintes, sobre o método.



As coisas, assim representadas, não admitem uma construção mediadora a partir de “grandes contextos”. Também a contemplação de grandes coisas do passado [...] (caso ela seja bem-sucedida) consiste, na verdade, em acolhê-las em nosso espaço. Não somos nós que nos transportamos para dentro delas, elas é que adentram a nossa vida. (BENJAMIN, 2007, p.240)

Acredita Benjamin, portanto, que o verdadeiro ato mediante o qual o colecionador torna presente em sua existência as coisas que assumem a qualidade de objetos de sua coleção é conseguir representá-las em seu próprio espaço e não representar-se no espaço delas. Assim, posso fazer a crítica do ato de fotografar-me na frente do monumento que visito: essa fotografia jamais presentificará a essência do momento em que este monumento adentrou minha vida, desde o instante que me encantou a ponto de querer levá-lo comigo de alguma forma. Mas como será possível que esse momento e todos os seus sentidos possam virar uma genuína peça de minha coleção, ou seja, aquela que me modifica e, em parte, representa-me subjetivamente?

Deixar que uma coisa modifique meu mundo ao invés de a depredar com meu instrumento de apreensão e fixação de sua incomensurabilidade, parece ser uma boa sistematização do processo de trabalho que se pretende cooperativo entre os saberes, ou seja, buscar o objeto em sua natureza e, na medida em que ele fascine como coisa a ser conhecida, permitir que ocupe um lugar novo no conjunto significativo organizado de meus conhecimentos.¹⁰ Isso é algo bem diferente do que enquadrá-lo numa moldura

¹⁰ Os S2, como encontramos na notação lacaniana da teoria dos *Discursos*.

conceitual predeterminada a exemplo de uma fotografia turística. Se ainda for permitido evocar aquele outro aforismo, do mesmo Benjamin (2007), em que diz o *estudioso é um colecionador na medida em que coleciona saber*, fica reforçado o intuito do ato de colecionar como prestativo ao campo do conhecimento.¹¹

Um dos aspectos que parece importante no procedimento do colecionador é o momento de suspensão em que um saber constituído deve ser submetido na presença do objeto que o fascina ou na presença do novo saber que vem em seu auxílio, o que revela a necessidade de uma atitude peculiar frente à alteridade. Onde, entretanto, apoiar essa atitude? O escritor Francisco Bosco (2007), no ensaio *Elogio da Delicadeza*, identifica o que chamou de *déficit de escuta* e o associa preliminarmente à vigência de uma cultura contemporânea espetacularizada, em que a visibilidade (ou a falta de) regula aquilo pelo qual se padece na vida de relação:¹² a busca inexorável por ela rege os desejos, as motivações e as atitudes levadas a cabo pelas pessoas.

Após brindar-nos com exemplos cotidianos e contundentes da falta de interesse no outro, por meio dos quais evidenciam gestos quase imperceptíveis a olho nu (mas gritantes ao ouvido), Bosco sugere que a pergunta, o silêncio e o uso do nome próprio na interlocução com o outro são atitudes que manifestam uma aproximação. Uma

¹¹ Cabe esclarecer que Benjamin jamais formalizou em seus trabalhos um procedimento a partir do ato de colecionar. Ele próprio um colecionador, costumava andar sempre acompanhado de uma caderneta onde anotava todas as ideias, reflexões e mesmo o que de interessante ouvia ou lia. Seu trabalho sobre *O Colecionador* encontra-se em uma obra escrita apenas com citações. (BENJAMIN, 2007)

¹² Os estudos sobre a violência urbana evidenciam efeitos da busca por visibilidade no social, presente também no interesse em massa por *reality shows*, *sites* de divulgação pessoal (*Facebook*, *Twitter*, *Instagram* etc, para citar os mais utilizados no momento), entre outros.



espécie de abertura ao que vem do outro e um respeito pela sua singularidade, respectivamente. Todas elas atitudes de ouvinte pouco verificadas atualmente. Sugere, ainda, que essas atitudes, reunidas sob o termo *delicadeza*, constituam estratégia sutil para desarmar a arrogância.¹³

Cito o autor:

[...] escutar é uma das manifestações fundamentais da delicadeza. Mas escutar é uma **positividade: não se confunde com o silêncio**, com o deixar de falar. **Pode-se ser silencioso e não se ter escuta**, como se pode tê-la sendo loquaz. A escuta [...] é uma oferta [...]E a **fala pode ser, ela mesma, uma escuta**: sendo suspensiva, não-arrogante, deixando espaço para o outro. (BOSCO, 2007, p.35. Grifos meus)

O momento de suspensão pelo qual indagava pode ser concebido como em uma escuta amistosa que deixa o outro falar, mas que, no entanto, não é necessariamente abstinente por não precisar dever nada ao outro, como o conceito de amizade, já comentado, indica. A suspensão tampouco deve ser passiva, por precisar presentificar no seu próprio campo esse novo objeto. Ao conhecimento e sua racionalidade, resta ficarem momentaneamente livres dos seus pilares conceituais pré-estabelecidos que fariam apenas reproduzir os mesmos olhares, a mesma teoria.¹⁴ Evitar a reprodução do mesmo, efeito do discurso da universidade, é um dos possíveis resultados que se busca com essa faceta do procedimento do colecionador.

¹³ Entendida aqui como qualidade daquele que se *arroga* um saber ou uma posição destacada em relação ao outro, seu interlocutor.

¹⁴ Observar a semelhança disso com o efeito do discurso da universidade, segundo Lacan (1992).

A proposta do procedimento do colecionador não parece deduzir sua potencialidade de uma formalização metódica ou se tomada como uma prescrição. É preciso que seja levada em conta a singularidade das situações em que vier a ser utilizada. Terá sido uma das possíveis formas de apresentação do procedimento do colecionador o modo como transcorreu a cena de coleção trazida há pouco?

Por hora posso perguntar: o que a cena pode ensinar-nos, por ter chegado a um final supostamente satisfatório do ponto de vista da cooperação entre os saberes? Em primeiro lugar, parece que é possível concordar que a atitude necessária de interesse e escuta entre os integrantes do grupo lá estava presente. Entretanto, não se pode exigir que essa atitude seja uma constante. Muito menos se referida às relações pessoais entre aqueles que compõem um grupo de trabalho: tomada no plano pessoal, as diferenças parecem ser menos bem-vindas que em outras situações. No entanto, evocando aqui a *coleção de saber* que constitui o ato fundamental do cientista, do pesquisador, enfim, do estudioso, penso que se pode derivar dessa busca por aprender a necessidade da atitude de interesse pelo saber do outro. Ora, aquele era um grupo no qual a aprendizagem ocupava o primeiro plano do motivo de cada um estar ali presente.¹⁵ Talvez, naquela situação, apenas a mim recaísse um empuxo ao lugar de *tudo saber*, o qual nem sempre é fácil ocupar com parcimônia. Aos demais havia empuxo à posição de *falta a saber*, único lugar legítimo a ser bem ocupado pelo cientista, pelo pesquisador ou pelo estudioso. Aparentemente, não há motivo para que essa primeira condição ocorra apenas na situação de exercício teórico com vistas à aprendizagem, pois todo dilema que convoque os saberes a produzir conhecimento para novas intervenções na prática constitui, também, situação de

¹⁵ Poder-se-ia dizer o mesmo do desejo de saber em cada residente?



aprendizagem. Do ponto de vista dos comportamentos, penso que aceitar um empuxo à posição de *falta a saber* por parte do estudioso é suficiente para o início de um ato de cooperação.

Essa última observação pode levar a outra pergunta: Do ponto de vista da dinâmica do trabalho levado a cabo pelos residentes, que elementos o sustentaram e tornaram-no possível? Dentre muitas possibilidades de análise desse aspecto da questão, procurarei evidenciar um elemento em especial. Recordo o leitor que, no grupo de trabalho, estavam representados diversos núcleos de conhecimento, todos no campo da saúde, é verdade, embora caiba lembrar que o Serviço Social e a Psicologia não se inscrevem apenas nesse campo. A discussão provocou interesses igualmente diversos, dada a complexidade do caso, lançando-se questões ora aos médicos, ora às assistentes sociais, ora ao psicólogo, entre os outros. No entanto, ao resultado obtido com aquele exercício teórico não se pode atribuir que tenha surgido a partir do olhar de uma única e específica disciplina. Acredito que uma das condições importantes na efetivação da discussão entre os participantes do grupo multiprofissional foi um *elemento organizador* para o qual todos os saberes estavam remetidos. A APS ou, mais especificamente, o conjunto básico de sua estrutura – elementos, princípios e valores (VUORI, 1985) –, ao que parece, constituiu fator agregador e estruturante daquele trabalho. Nessa óptica, o grupo feito de representantes de saberes organizados nas disciplinas da medicina, da enfermagem, da odontologia, do serviço social e da psicologia, pode colaborar por intermédio de uma permissividade que suportou dois tipos de intrusão em seu núcleo de saber: as condições impostas pelo relato do caso e as condições impostas pelos elementos básicos da

APS. As impostas pelo caso são corriqueiras¹⁶, visto que um problema se estabelece por meio delas, na medida em que um saber construa problemas a partir do ponto de ignorância sobre o seu objeto de conhecimento. Porém, as impostas pelo que chamei de *organizador* convocaram cada representante de um saber presente a acolher os elementos básicos da APS no seio de seu próprio núcleo de saber. Houve solidariedade entre os saberes do grupo por dois motivos circunstanciais a essa situação: frente ao campo no qual a discussão teria lugar, os saberes estavam emparelhados ao invés de hierarquizados; além de assumidos os pontos de ignorância sobre o caso, cada saber teve de receber e representar em seus domínios o saber advindo do campo da APS em seus fundamentos.

Em muitos casos, tem-se pensado a transdisciplinaridade como o apagamento das fronteiras entre as racionalidades, o que eliminaria as demais questões sobre os interstícios e os poros, e criaria um novo olhar holístico, completo, integral. Essas concepções interessam, em primeiro lugar, por esconderem uma ideologia que deseja a exclusão do elemento terceiro cuja função é realizar o corte e organizar o jogo de poder, aniquilante, quando empenhado entre iguais. Em segundo, por recalcarem o fato de que um novo olhar, por mais ampliado que fosse, em comparação aos olhares racionais menores, ainda assim não escaparia da produção de um novo saber que legislaria sobre a razão. Assim, penso que *transdisciplinar* não é o verbo que designa a invenção de outro campo de saber que, por sua vez, seria forçosamente disciplinar. Com auxílio do sentido de *trans*, como ocorre na palavra *transplatino*, posso afirmar que a potência do

¹⁶ O que não é corriqueiro é levar em consideração o *sujeito* do caso. Neste, como se tratava de um relato escrito para um exercício teórico, nada se escutou da boca da paciente, ato elementar, em minha opinião, para a construção de qualquer caso.



verbo transdisciplinar está na possibilidade de atos que gerem novas formas de dispositivos de encontros¹⁷ entre os representantes dos saberes interessados e necessitados da cooperação para resolução de problemas. A completude parece muito com um delírio atual frente ao fracasso do método positivista para responder às questões da condição humana. O objeto é algo sempre parcial, mas que pode ser abordado com amplitude se os sujeitos do problema – e não o problema dos sujeitos – forem levados em conta na sua construção. Ou seja, não é o somatório de conhecimentos já produzidos sobre o problema, mas a necessidade singular de cada caso, o que terá melhores condições de determinar o ato integral de sua solução. É com esse espírito que o foco desse trabalho costuma apontar para os atos dos sujeitos investidos dos saberes e suas melhores possibilidades para proceder à cooperação e aprendizagem.

Sempre vale a lembrança de que o trabalho em equipes multiprofissionais e a interdisciplinaridade para o cuidado integral dos pacientes servem como orientação dentro da área da Saúde em nosso País. As Residências Integradas como dispositivo para formar profissionais da saúde parecem nascer mais com o intuito de produzir competências para o necessário e complexo trabalho interdisciplinar do que ensinar todo mundo a fazer tudo, como pensam – se é que pensam – erroneamente alguns. Mas a experiência no cotidiano dos serviços em saúde mostra que um caminho longo ainda precisa ser percorrido na formação do profissional como atestam muitas situações semelhantes àquela outra cena de coleção do encontro de saberes para trabalhar melhor a atenção e o cuidado integral ao usuário de drogas.¹⁸

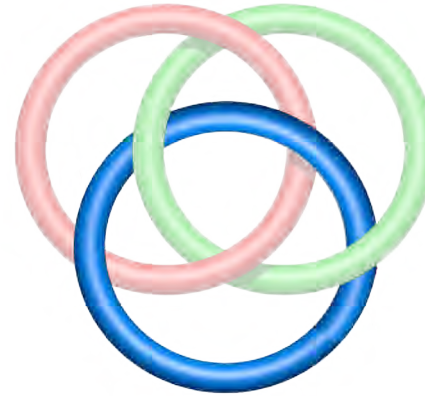
¹⁷ No momento que escrevo percebo o quanto isso pode ter a ver, sim, com o conceito de amizade encontrado no processo de pesquisa para a escrita deste texto.

¹⁸ Cf. no ensaio Formação de um Método, p.25.

A atitude interdisciplinar – e o quê dizer da transdisciplinar? – parece-me poder ser efetivada, como há pouco indicara, dos fundamentos da atitude delicada do colecionador: estar pronto para, por meio de um organizador desejável¹⁹, representar o discurso da disciplina do outro em seu próprio espaço e deixar que isso faça seus *estragos*. Ao purista tal coisa é *um* impossível. Ao que se arroga o saber total de sua disciplina, isso é *o* impossível. Supõe-se, portanto, que, além de uma técnica, a prática da interdisciplinaridade dependa desses estragos que levam a desnaturalizações de objeto de análise, desfigurações dos conhecimentos e muita angústia. Além das relações de poder que isso implica, outro fator de excitação é nossa expectativa em criar grandes coisas com o tal ato interdisciplinar. O argumento minimalista contido no aforismo de Benjamin (2007, p.240) – “[...] *as coisas, assim representadas* [em nosso espaço e não nós no delas], *não admitem uma construção mediadora a partir de ‘grandes contextos’*” – é um bom antídoto contra isso. E as situações como as que se encontram fartamente no campo empírico são seus testes de realidades.

¹⁹ Um elemento terceiro (incluído).





O FIM DA FORMAÇÃO INTEGRADA

Ficaria com aquela frase repetindo no ouvido por algum tempo. Havia recém lido que *praticar a interdisciplinaridade costuma ser angustiante e desagradável*. De pronto não poderia concordar, e ela ainda causa algum desconforto ao pensar que alguém possa enunciar uma coisa de tal sorte que vai de encontro ao esforço de tantos anos na luta contra uma (im)postura hegemônica no campo das ciências, pois que geradora de tantos abusos ideológicos na significação de nossas vidas. Certamente, tratava-se de um desserviço a várias causas, inclusive, para não dizer especialmente, àquela que é a nossa: a formação para o cuidado em saúde.

Lembraria os esforços empreendidos no trabalho de planejamento do programa de residência multiprofissional que compartilhava desde o início, em pensar lugares de práticas sempre da forma mais integrada possível, seja para os estágios, para as aulas teóricas seja mesmo para as práticas de trabalho do residente e da equipe nas suas Unidades. Talvez concordasse que a interdisciplinaridade tenha virado palavra fácil na boca tanto daqueles que nela acreditam como dos que a desacreditam. Fala-se *interdisciplinaridade* e estamos entendidos. Mas não era assim. Interdisciplinaridade tinha *sentidos* para aquele grupo. Inclusive sentidos que se desconhece até hoje e,

portanto, concordaria que costuma ser angustiante, quando se quer proceder com ela. Mas, *desagradável*?

Lembraria de cada momento em que os projetos de interdisciplinaridade eram compartilhados e do sentimento misto de inquietude com prazer, dos momentos de efetivação com os residentes e colegas das mais variadas disciplinas. Como pode ser adjetivado de desagradável, o ato de tentar-se compartilhar para construir conhecimento?

Foi então que uma conversa informal, que tivera um dia desses, antes de iniciar uma reunião com responsáveis pela formação em programas distintos de Residência, veio à mente. Não por ironia, lia o Discurso do Método, de Descartes. Incomodado com a formalidade vindoura num encontro em que se discutiria o futuro de uma daquelas atividades integradas, perguntara amistosamente ao colega responsável por um dos Programas de Residência: E então, muito atarefado com as demandas acerca da formação por parte dos seus residentes? Não – respondera o colega – eles têm muito que fazer nas Unidades e não sobra tempo para críticas ou coisas desse tipo.

A resposta não foi desagradável, mas sugeriu alguma angústia. No decorrer das conversações, agora já na formalidade da reunião, escutara uma série de argumentos sobre a impossibilidade de uma das categorias de residentes seguir participando da aula teórico-prática, o Currículo Integrado (CI). Espaço que até então contava com a participação de absolutamente todas as categorias profissionais das duas Residências da ênfase de Saúde da Família e Comunidade, constituindo-se, esse fato, em motivo de orgulho e propaganda dos programas integrados de Residência da Instituição. Os argumentos baseavam-se nas diferenças. Diferenças entre os Programas de Residência que não mais conciliariam tempos, intensidades e conhecimentos, segundo a argumentação.



Supunha que a angústia viesse dessa impossibilidade de ser escutado o que era dito, pois, ao mesmo tempo em que era afirmada a importância da integração entre os diferentes residentes em formação, suas diferenças eram colocadas como um problema incontornável. Em resumo, sairia dali um pouco conformado com a perda da participação e colaboração de uma das categorias profissionais naquele processo de formação integrada, que se construía ao longo de quase uma década, a duras penas e com algum desgaste na relação com preceptores e residentes dessa mesma categoria profissional supostamente recém-dissidente.

Mas, *a duras penas*, não seria sinal de um tempo desagradável que prometia estar findando? Por que a angústia na conformidade? Mas, *desagradável*, não era um dos termos da frase? Justamente aquele com o qual não podia concordar no contexto das práticas interdisciplinares?

Foi então que entenderia que jamais fora desagradável – talvez cansativo – promover e participar dos embates entre os campos do conhecimento, quando se encontravam reunidos numa tentativa de colaboração. Mas, sim, ter de enfrentar seguidamente a indisposição perene de alguns residentes e preceptores, insatisfeitos com determinada questão de ordem, cronograma, conteúdo, carga horária, frequência, avaliação quantitativa de desempenho ou preocupação com as exigências do mercado de trabalho. Aceitava teu argumento, pois é semelhante ao que sentia, mas, com isso, abre-se a possibilidade de redarguir: Para quem, afinal, têm sido desagradáveis as diferenças que se evidenciam em cores berrantes, quando sujeitos do saber instituído por certos campos do conhecimento científico encontram-se para defrontar idéias e práticas?

Seria uma *boa e muito elucidativa* pergunta, embora devesse reformulá-la, pois não parece ser comum



encontrar no campo científico e social contemporâneo uma expressão que considere uma pergunta ainda sem resposta, elucidativa. Sabendo, entretanto, do valor de uma pergunta bem colocada para a descoberta de uma verdade, seguiu a reflexão decisiva que revelou não se tratar de um sentimento de *desagrado* o que emergiu naquela reunião, mas o afeto que não engana: a angústia.

Após toda a argumentação do colega, que parecera banal e ambígua, mas que, apesar disso, era apresentada como suficientemente cabal para justificar a retirada de toda uma categoria profissional de residentes de um espaço de formação integrada em saúde, o que afligia seguia sendo a naturalidade da afirmação que recebera como resposta durante o período informal daquele encontro: a certeza do colega de que o residente não tem de se ocupar politicamente com os rumos do programa de Residência no qual é formado.

A angústia, aos poucos, ia-se revelando em suas origens. Além da inquietude frente a não suposição de importância da formação política do futuro profissional do SUS por parte de um colega formador – embora com alguma razão na preocupação acerca da formação específica da clínica de seu núcleo profissional –, já sentia o indelével final de um dos poucos espaços de integração entre os *diferentes* e as *diferenças*, por imaginar astênica a força política do residente. Mesmo que estivesse enganado sobre este último aspecto, tornava-se visível a impossibilidade ou desinteresse da categoria representada pelo colega de reunião em escutar ou supor algum valor no possível ato político reivindicatório de seus residentes de participação nos rumos propostos para sua formação.

A angústia, portanto, também se situava na forma como a opinião dos residentes fora desconsiderada, em

detrimento da experiência de seus pequenos mestres – aquela contada em anos – que lhes apontavam o melhor rumo para sua formação naquele momento: o recolhimento ao seu núcleo de saberes. Tendo recém ingressado e sem um espaço constituído para debater sobre o programa de formação – um dos espaços importantes à aprendizagem, como deveria ser também considerado –, os residentes teriam de voltar a cabeça aos livros, o corpo inteiro às práticas e a esperança a que seus preceptores estivessem certos. Afinal, do campo da saúde eram eles os que mais sabiam, acreditava o discurso dos formadores daquele núcleo insatisfeito.

Não obstante, as avaliações de conteúdo e de processo, realizadas semestralmente no CI por todos os residentes, mostravam bem o contrário. Se a formação política estava elidida do desejo da instituição representada por aquela categoria para com seus graduandos – o que esperar da formação estética? – restava apenas torcer para que se tornassem bons clínicos em sua área.

O CI tem por filosofia a construção do conhecimento sobre um objeto proposto na forma de um problema a ser pesquisado e por intermédio da interdisciplinaridade e da autonomia daquele que aprende e ensina em seu grupo de estudo. Coloca os sujeitos da aprendizagem em certo desamparo ao lançá-los em um novo conjunto de conceitos-problema que requerem diferentes formas de raciocínio que as costumeiras, ao passo que devem sustentar por si próprios sua forma de estudar e seus argumentos quando defrontados com a alteridade representada pelo saber de seus diferentes colegas.

Porém, em outros espaços, parece ser bem possível haver um modo de o sujeito da aprendizagem escolher apenas o acolhimento de seu consultório e de seus pares



para realizar toda sua experiência na Residência, mesmo inserido em *equipe multiprofissional*¹. Do mesmo modo como isso também é possível ao seu preceptor, profissional de uma equipe semelhante. Não o é no CI, entretanto. Naquele curto espaço de tempo semanal, se comparado com a carga horária total de um programa de Residência em saúde, não há a mais remota possibilidade de um profissional, residente ou não, escapar da interlocução com o outro e de ser convocado a sustentar seu saber, ou o de seus mestres, apenas com aquilo construiu até ali. Existe a figura do facilitador que apóia o residente nos momentos de maior desamparo, mas só o residente pode essencialmente responder, na medida em que se encontre confrontado com o seu desejo pelo saber que ali está buscando. Algum pode não querer ou não suportar essa confrontação. Muitos de seus pequenos mestres também o fazem.

Entretanto, deveria ser da filosofia do programa de residência, do qual o CI é parcela, mesclar dois eixos de objetivos para a formação. Primeiro, o eixo do conhecimento técnico, que supõe o treinamento e que leva à construção de um profissional que sabe *fazer*. Situava-se nesse eixo a preocupação da preceptoría que demandava a retirada de seus residentes do CI. Segundo, o eixo da escuta e olhar ampliados, que supõe a capacidade de reflexão crítica e que deve levar à formação de um profissional que sabe *dizer* o que sabe *fazer*, uma operação fina e diferenciada, promotora de efeitos importantes nas equipes que os possuem. O CI é um espaço de formação que observa a mescla desses dois eixos em suas propostas éticas, políticas e, até então, estéticas, para o *ensinaprendizagem*. As práticas dos residentes nas Unidades de Saúde, com ou sem supervisão, nem sempre.

¹ Mas os outros profissionais em saúde da Equipe não deveriam também ser considerados seus pares?

O treinamento, com a escuta e o olhar ampliados, leva à formação desejável ao profissional para que ele também se forme como cidadão. Pensar criticamente no que sabe fazer é uma condição fundamental para que seja também um promotor de cidadania. E isso não teria efeitos, também, como promoção de saúde? Não parece ser algo assim o fim da formação integral para as práticas profissionais em saúde?

A formação política do residente não parece poder ser construída ensinando-lhe algumas técnicas participativas de reconhecimento do território, de organização de assembleias comunitárias, de gestão das equipes e dos serviços ou do *empoderamento* do ente socialmente excluído. E, considerando a queixa *rondó* de colegas e equipes, quando não contam com a participação popular em grande número nas assembleias comunitárias que organizam, perguntaria: como exigir participação pública e preocupação com o outro num mundo em que o registro político é negligenciado na base da educação e sequer valorizado na época de pós-graduação do profissional em saúde?

Aquele momento de impasse entre os programas da Residência que se supunham integrados que estava sendo resolvido sem a participação dos sujeitos do processo da formação, naquele instante em posição de objeto, constituía-se numa oportunidade valiosa para o *ensinaprendizagem* do aspecto político da formação do residente, porque, essencialmente e entre outros aspectos, era o seu desejo que estaria em causa, se tivessem condições de organizar uma participação coletiva para as definições e encaminhamentos do problema. E construir – e resolver – problemas compreende o ato do pesquisador que aprende com sua pesquisa.



Mas, um movimento até então inesperado acabara por modificar os rumos daquela debandada do espaço integrado de formação entre os dois programas de Residência. Enquanto os facilitadores do CI empenhavam-se em reformular todo seu planejamento do ano – que já haviam feito há algum tempo, visto que o movimento de retirada daquele grupo de residentes fora iniciado em período de férias de boa parte dos preceptores e há pouco tempo antes do início das atividades –, o grupo de residentes da categoria retirante que estava por ingressar no programa de Residência e que não participaria da experiência de formação no CI, juntou-se ao restante dos residentes para discutir a situação. Assessorados em seu movimento pelos residentes que haviam recém concluído o primeiro ano e que tiveram a oportunidade de participar integralmente do CI, acabaram por manifestar-se. Organizaram-se, montaram suas reivindicações em assembleia, redigiram documento e conseguiram espaço de fala em uma reunião com a presença de preceptores, coordenadores e gestores do Serviço em que se dá a Residência.

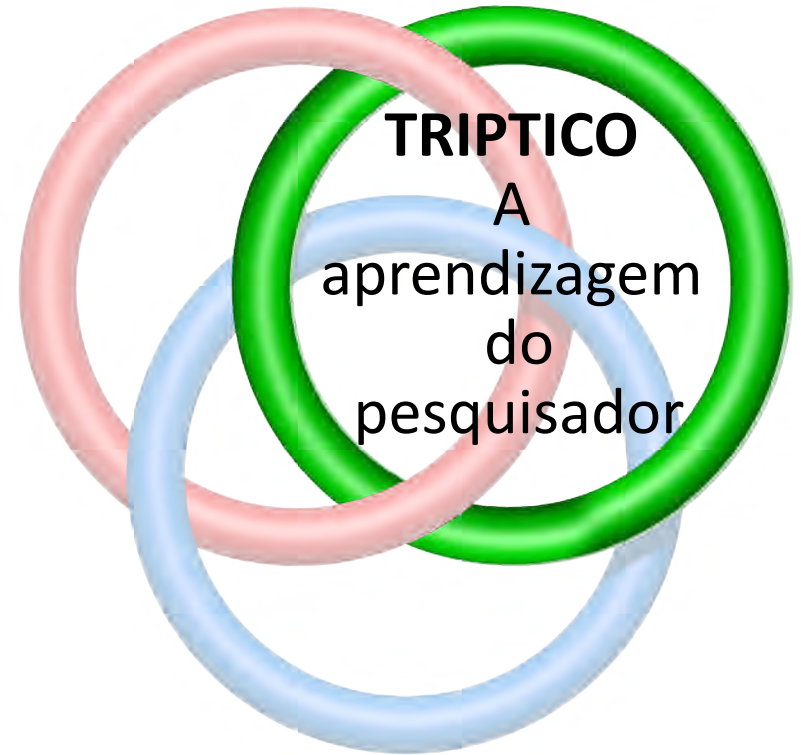
Lá foram escutados. Fizeram-se escutar. O que ouviram não foi pouco e cada qual teve de sustentar tanto a posição de representante de outros tantos, como o lugar que seu desejo o levou. Pediram muitas coisas. A única da qual ainda guardava com viço na memória foi, entretanto, a mais singela, embora fundamental do ato político que ensaiavam: queriam poder participar das futuras decisões sobre sua formação.

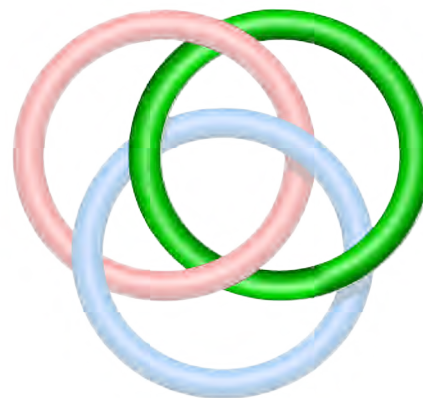
Será escutado esse ato produzido pelo desejo de saber dos sujeitos da formação em sua posição de agente no discurso da histeria que impuseram? Ou serão lançados à posição de objetos do discurso do mestre que *tudo-sabe* sobre eles e, assim, fazem-nos calar? Talvez. Mas,

infelizmente, esses são aspectos que transcendem esta que se constituiu na última cena de coleção.

Mas o que isso leva a pensar? Os cenários de aprendizagem de um programa de Residência não conseguem escapar tão facilmente de ideologias de formação, quando desenhados previamente e quando comparados aos momentos em que parece acontecer uma aprendizagem. Esses momentos, pequenos instantes talvez, parecem mais com produções imprevisíveis de uma relação de transferência e desejo que se estabelecem transitoriamente entre subjetividades mutantes e inconciliáveis. Entretanto, seu potencial efêmero e não premeditado também não é desprezível nem desprezável. Pode ser apreendido e operado naquele tempo lógico em que aparece e logo some, reorganizando-se em outro momento, se houver alguém para produzir o *ensinaprendizagem* a partir dele, ao recolhê-lo por inteiro, sem deixar de lado sua parcela angustiante. *Desagradável* mesmo, nas produções discursivas dos processos de formação, é o sujeito da burocracia. Mas até ele conta, se bem aproveitado.







Os sete ensaios precedentes buscaram dar tratamento expressivo e conceitual a algumas das cenas do cotidiano de uma Residência Integrada. Cenas que foram *co-lecionadas*¹ pelo pesquisador interessado em aprender sobre um tipo de formação profissional que pretende habilitar para a produção da integralidade no contexto do cuidado em saúde.

Esses ensaios foram dispostos de modo a constituir um *grutesco*² que empresta margens para o próximo passo do desenvolvimento desta pesquisa. Cabe observar que os sete ensaios, se tomados em conjunto, constituem o enquadre lógico da pesquisa, mas, se tomados um a um, buscam construir possíveis expressões para o que é produzido pelo jogo de forças entre os quatro elementos discursivos que organizam o campo da saúde³ e que

¹ A palavra *co-lecionadas* escrita dessa forma permite, à leitura, escutar o inconsciente do termo. Ele assinala tanto o elemento fundamental da construção metodológica desta pesquisa (o colecionar), acentuando o ato do colecionador com respeito a seus objetos, como também revela que o desejo de aprendizagem do pesquisador se constituiu a partir da transferência de trabalho produtivo existente na relação entre os que ensinam e os que aprendem (o co-lecionar).

² Ver nota 5, p.33.

³ A gestão, a atenção, o ensino e a cidadania.

acabam por estruturar, *a fortiori*, os modos de organizar a formação profissional.

O caráter transferencial e transitório das cenas de coleção sugeriu a manutenção da escolha da forma ensaística para fazer trabalhar o material que serve de enquadre da pesquisa. Isso permitiu a abordagem de elementos inspirados pelos ensaios da primeira parte, sem comprometer em demasia a integridade do objeto de estudo. Esse é o motivo para que o leitor encontre de agora em diante ensaios mais concisos, alguns deles figurativos, entre outros que se aproximam bastante da forma aforismática.

A intenção foi a de realizar uma *composição textual* enquadrada pelo grutesco, a qual tenta fazer trabalhar a ideia de integralidade e suas decorrências no contexto da formação do profissional em saúde na situação de Residência Integrada.

Os ensaios que inaugurarão a segunda parte deste livro constituem o produto da aprendizagem do pesquisador. Ao conjunto desses ensaios breves é possível atribuir dupla função: de relato acerca de possíveis resultados e de próprio *resultado*, como materialidade obtida por conta da armação metodológica proposta para esta pesquisa. Entretanto, o conjunto dos ensaios desta segunda parte não guarda em si a aparência comum ao do relatório dos achados de pesquisa. Após ter reunido uma série de elementos que parecem construir um problema crucial no âmbito da formação desejada ao profissional em saúde por intermédio dos programas de Residência Integrada, supõe-se, a partir de agora, o momento de encaminhar possibilidades de resposta. Entretanto, quando se está confrontado por perguntas que lançam em seu contexto os fundamentos de uma problemática, quase nunca o melhor que se tem a fazer é tentar respondê-las de

modo direto, sob pena de incorrer-se em reducionismos, instrumentalismos ou julgamento simplório ou inocente. Nessas condições, a convocação ao encaminhamento de respostas poderá ser mais bem respondida pela escolha de uma forma expressiva, ao invés de interpretativa, que permita manter o potencial crítico e de produção de articulações que conduza ao desenvolvimento de reflexões e ações.

Para que melhor atingissem seus propósitos os ensaios subsequentes foram concebidos e escritos a partir de duas condições essenciais. Uma delas diz respeito ao estudo por parte do pesquisador da literatura de referência acerca do tema da formação do profissional em saúde e da integralidade do cuidado. Essa literatura escolhida pode ser facilmente identificada nas referências bibliográficas presentes ao final do livro, bem como nas citações durante o texto. O outro condicionante diz respeito ao trabalho de reflexão produzida no jogo de articulação entre a leitura precedente e a experiência construída sobre o tema que a elaboração dos ensaios da primeira parte proporcionou ao pesquisador.

Nessas condições, cada fragmento que compõe esta segunda parte foi produzido no compasso das leituras e da mobilização crítica que a reflexão implicada em desenvolver o tema da formação do profissional em saúde pode proporcionar. Os temas que desfilam ao sabor da peculiaridade textual de cada ensaio correspondem às inquietações que os condicionantes de sua concepção, já assinalados, foram produzindo. Por isso há uma aparente aleatoriedade no modo como são apresentados. Essa aparente aleatoriedade não é, de modo algum, uma gratuidade. Embora a ordem de apresentação dos ensaios desta segunda parte não coincida com a sucessão cronológica de sua concepção e escritura, sua disposição corresponde



à composição produzida pelo autor de modo a levar o leitor a uma experiência de leitura singular de seu trabalho. Uma experiência que, em conformidade com os aspectos metodológicos que justificaram a escolha ensaística de escrita, conduza minimamente o leitor pelas questões e temáticas pertinentes aos achados da pesquisa. Diz-se – e deseja-se – que a condução seja mínima, por dois motivos principais. Primeiro, porque os fragmentos subsequentes não cumprem determinar cronológica e conceitualmente os fenômenos a que se referem, mas expressam e transmitem o conteúdo de seus focos de interesse por meio de outros recursos, como a análise de aspectos ou recortes da própria cultura contemporânea ou dos discursos que engendram a formação acadêmica atual. Em segundo lugar, embora com mais efeito, porque tenciona manter preservada a possibilidade de o leitor compartilhar do trabalho com a singularidade de sua leitura, colocando algo de si durante esse ato. Esta última condição é, sem dúvida, a mais cara aos moldes da presente pesquisa.

Para tanto, os fragmentos da composição estão reunidos sob a forma de um *tríptico*.⁴ Neste caso, o tríptico será constituído pela composição em três grupos de ensaios. Em cada uma de suas três partes, o tríptico abre possibilidades de reflexão específicas e, tomado em conjunto, expressa um painel que, espera-se, tenha potencial para encaminhar novas ideias que inspirem o pensamento, os projetos e as práticas para a formação em situação de Residência Integrada em Saúde.

⁴ Tríptico é a denominação comum a um conjunto de três pinturas articuladas em uma mesma estrutura e que compõem, em seu conjunto, uma obra. Pode ser também uma mesma gravura dividida em três partes que integram uma única imagem. A expressividade alcançada por meio de um tríptico parece enriquecer a produção de ideias e novas articulações, na medida em que levamos em conta que a *forma* tem potencial de transmitir outros aspectos que transcendem e diferenciam-se da situação corriqueira em que se valoriza apenas o conteúdo.



Assim, espera-se que cada fragmento ensaístico desta composição textual funcione melhor em sua articulação com os demais e com o grutesco que os circunda e os destaca, do que se tomados solitariamente. A composição proposta nas páginas seguintes é, portanto, uma forma e um modo de tentar alcançar, como certa vez sugeriu Freud a seu colega Ferenczi, a manutenção de uma possibilidade de que o pesquisador permaneça espantado, surpreso e, assim, atento ao que acontece no entorno do seu objeto.

A forma ensaística breve pareceu essencial para que a produção de conhecimento por meio do trabalho que resultou no livro escapasse, o máximo possível, da identificação de fenômenos pela teoria e da construção de entendimentos que não se diferenciariam em muito de representações imaginárias do objeto pesquisado. É, talvez, por essa peculiaridade que a ambientação de onde parte alguns dos fragmentos que compõem o tríptico parecerá uma digressão ao leitor; mas, na verdade, é a atenção do pesquisador operando no que parece escapar da cena produzida pelo discurso que está em evidência naquele momento.⁵

Por fim, embora de aparência inconclusa e fugaz, inspirados nos momentos efêmeros e pouco previsíveis em que se dá a conciliação entre o que se busca e o que é encontrado, o tríptico procurará mostrar, dentro do grutesco que o bordeja, alguma aprendizagem do pesquisador.

⁵ Werner Herzog, cineasta alemão, afirmou que, muitas vezes, a beleza de um plano está naquilo que é resto, no que acontece fortuitamente antes ou depois da ação, quando a relação que se estabelece entre quem filma e quem é filmado é menos consciente. São as esperas, o tempo morto, o momento em que quase nada acontece. (SANTIAGO, 2009)



Quadro 2 - Estrutura do Tríptico

(continua)

O Tríptico

| | | |
|---|--|---|
| <p>I) <i>A integralidade pode ser bordejada</i> A necessidade da torção no discurso.</p> | <p>II) <i>Com a vida do outro não se consegue ser mais do que simplório</i> A posição do sujeito da formação no discurso.</p> | <p>III) <i>Colecionar cenas de formação.</i> O sujeito da formação se esforça em representar-se em um novo discurso.</p> |
|---|--|---|

1) É possível ensinar a integralidade da atenção no campo da saúde?

1) Por psicanálise em extensão.

1) Por intermédio de algumas das primorosas reflexões de Foucault.

2) Os conceitos de território, territorialidade e consciência territorial.

2) O cuidado em saúde.

2) Os cursos projetados para a capacitação.

3) Barthes, semiólogo francês.

3) A política de humanização nas relações de encontro entre profissionais e pacientes.

3) A adição de atitudes acolhedoras nas práticas em saúde.

4) Há uma evidente simpatia pelo fazer.

4) O jogo de posições relacionais.

4) A lógica dos ciclos vitais.

(continua)

5) A Universidade é o *locus* da ciência e de seu ensino.

5) A expressão idiomática da língua norte-americana.

5) A operação padrão.

6) Quatro são os discursos fundamentais que resistem entre si e produzem os dispositivos do campo da saúde.

6) De que serve o profissional, se não usar a teoria ou o seu bom senso?

6) No ensaio sobre o procedimento do colecionador.

7) Ligue os pontos:

7) O profissional formado na academia, e, atualmente, qualquer um.

7) No jogo do xadrez pode ocorrer uma situação peculiar.

8) Fluxograma para ilustrar uma posição atual do profissional no discurso da atenção em saúde.

8) O caso clínico.

9) A medicina ocidental é a única que impõe sua estrutura narrativa.

9) O conhecimento pode ser esquecido.

10) No discurso universitário a busca pela excelência recai.

10) Ainda é mais comum consultar espontaneamente um profissional em saúde.

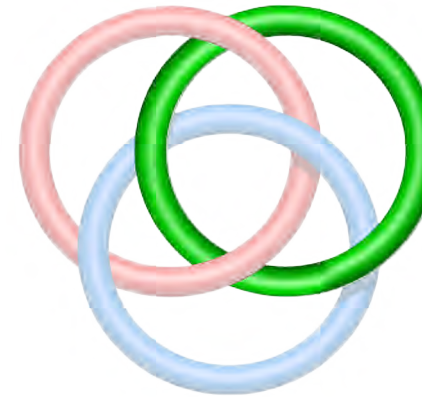


Quadro 2 - Estrutura do Tríptico

(conclusão)

O Tríptico

| | | |
|---|--|---|
| <p>I) <i>A integralidade pode ser bordejada</i> A necessidade da torção no discurso.</p> | <p>II) <i>Com a vida do outro não se consegue ser mais do que simplório</i> A posição do sujeito da formação no discurso.</p> | <p>III) <i>Colecionar cenas de formação.</i> O sujeito da formação se esforça em representar-se em um novo discurso.</p> |
| | <p>11) As exigências quanto à formação.</p> | <p>11) As cenas de formação quando co-leccionadas.</p> |
| | <p>12) Um paciente difícil é aquele que mobiliza as resistências</p> | <p>12) O cenário e a cena.</p> |
| | | <p>13) São poucos os recursos.</p> |
| | | <p>14) O trauma é uma repetição.</p> |
| | | <p>15) O conhecimento é construído.</p> |
| | | <p>16) A avaliação ainda é o melhor meio de que se pode dispor</p> |



**A INTEGRALIDADE
PODE SER
BORDEJADA — A
necessidade da
torção no discurso**

É possível ensinar a integralidade da atenção no campo da saúde? Há que perguntar por tal coisa, pois a palavra integralidade facilmente se faz presa da retórica. Mas, quantos dos que falam nela – e com ela – sabem do que estão falando e qual é o lugar da integralidade nesse campo? Uma pergunta a mais: É da integralidade apenas o que se refere à atenção em saúde? Recorrendo ao texto constitucional que a incluiu no rol dos princípios e diretrizes do SUS, encontramos, em sua única referência: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1990, *online*) Parece que a resposta à última pergunta, na época, seria afirmativa, e seus efeitos prolongam-se até nossos dias, visto que o conceito segue sendo privilegiado no contexto da clínica holística, ampliada, na direção da cura.

Entretanto, conceito que é, imagem diretriz a que corresponde, princípio que ordena e rege, a integralidade expande seus domínios em diversas direções no campo da

Fonte: O Autor.



saúde e, quanto mais a ela se referem indiscriminadamente os discursos, mais serve e é servida nos registros da gestão, da participação cidadã e da formação. No caso desta última, chegou a adquirir a força e o *status* de política pública desde o ano de 2004, quando deveria passar a nortear o ensino da graduação dos cursos inscritos na área da saúde. (BRASIL. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004) A lei e a política, bem-vindas em seus propósitos de interrogar uma naturalização da técnica curativa e especializada nas práticas em saúde de humanos, acabava por forçar uma reformulação atordoante no ensino acadêmico que, há mais de um século, está pouco acostumado a pensar o homem e sua formação de modo integral. Situação que sugere mais perguntas: há professores de integralidade nos cursos acadêmicos? O problema de como ensinar a integralidade fica, assim, retoricamente resolvido frente à resposta negativa a essa pergunta. Mas, por outro lado, há como estudar a teoria da integralidade? Há como ensinar alguma técnica assumidamente integral nos atos em saúde? Sim, é a resposta, e apaziguam-se os ânimos acadêmicos de graduação e pós-graduação que encontram seu caminho por esta via de ensino.

Porém, não há apaziguamento possível na esfera do trabalho, pois a solda entre a teoria e a técnica no registro da integralidade precisa ser constituída como um saber. A integralidade parece ser algo que se deve realizar mais como um saber moral do que como um objeto que se torna útil, quando instrumentalizado pela prática.

A integralidade pode ser bordejada; não parece poder ser transformada em objeto utilitário. A nenhum profissional da área da saúde é possível gozar completamente do conhecimento sobre os pacientes, as famílias ou as comunidades. Mas a integralidade pode apresentar-se,

nesse caso, como causa de sua implicação no próprio ato de cuidado em saúde. E, na condição de elemento jamais alcançado plenamente, poderá sempre ser perseguida. Com alguma sorte a integralidade também pode ser o elemento terceiro que, levado em séria consideração no processo de trabalho como um fim comum a todos, castra cada um dos saberes organizados por um campo restrito de conhecimento e os permite *transar*.

Os conceitos de território, territorialidade e consciência territorial (MESQUITA; BRANDÃO, 1995) são fundamentos elementares para a atenção em saúde desde os cuidados primários até os demais registros de práticas e serviços de um sistema de saúde organizado. A peculiaridade das formas do viver de cada pessoa é mais bem compreendida ao considerarmos, além do lugar em que vive, como desnaturaliza e singulariza seu modo de existir naquele pedaço de chão e como o representa para si e com os outros. O território é uma construção subjetiva e, assim sendo, estruturante do sujeito. A territorialidade é efeito disso. O *húmus* que faz o homem também é argamassa para a construção de seus saberes compartilhados em uma tradição.

Autores ocupados com a formação em saúde afirmam a importância de considerar os saberes locais nos processos de cuidado em saúde, minimizando o enfraquecimento dos saberes científicos, quando tomados como verdade universal na questão. O saber da tradição local, também chamados de sabedoria prática (ACIOLI, 2006), merece observação por conta de seu potencial em, no mínimo, dois aspectos. O primeiro, por ser índice da cultura que organiza os modos de adoecer e de curar-se daqueles que ali convivem. O segundo, por ser referência no processo de integração entre os saberes das ciências que ali concorrem para proceder com eficiência aos atos de cuidado.



No entanto, levar em consideração os saberes locais é uma tarefa que parece implicar o concurso de uma verdadeira ascese do profissional de saúde para a mudança da forma de construir seu conhecimento, impregnado, anos a fio, com o estilo acadêmico. Esforço ascético daquele que, ao percorrer a academia e, depois, o mundo estranho do trabalho, sofre dupla desterritorialização. A primeira é provocada pelo seu percurso universitário que deixa marcas no que fora construído até ali por intermédio da sua tradição familiar; a segunda, por sua vez, é provocada pelos territórios em que vai desenvolver-se como profissional.

A formação é mesmo uma *transformação* permanente. A escolha pela formação em situação de Residência em Saúde possivelmente deva privilegiar o local em que o profissional queira desenvolver seu trabalho, pois o conhecimento que ali construirá será, desde o início, solidário da tradição de saberes e práticas daquele local. Parece haver aí um argumento sólido para que os projetos de formação em Residência sejam pensados com o critério locorregional, e o desejo que inspirou o candidato a inscrever-se em determinado programa deve ser interrogado em seu currículo. Gilberto Freyre escrevera um dia: “creio que cada um deve ficar o mais possível no lugar onde nasceu. Nada de muita emenda ao soneto da vida: ou do destino, que é o mesmo.”¹ Resta construir currículos que permitam ao residente pensar onde nasceu sua identidade profissional.

Barthes, semiólogo francês, é daqueles autores que conseguem inspirar seus leitores a irem além daquilo que está escrito em seus textos. Portanto, o interesse pela sua obra não se resume aos problemas da semiologia. Dentre as variadas e instigadoras características de seu modo de

¹ Trecho coletado em uma exposição sobre sua obra no Museu de Arte do Rio Grande do Sul, em 2009.



pensar e construir problemas, é recorrente em Barthes o procedimento de um vaivém entre a teoria e a prática. Numa espécie de proximidade suficientemente distante, a exemplo de como Adorno (1985) define seu modo de proceder com o objeto de pesquisa, o movimento de vaivém parece constituir-se de uma parcimônia inteligente em que o avanço do conhecimento sobre o problema formulado transcende o nível de uma interpretação. A teoria deve desvendar o fenômeno prático ou a prática é que deve ser sua comprovação? As discussões acaloradas sobre esse enigma – familiar ao da precedência entre o ovo ou a galinha – costumam gerar a tomada de partido, ora pela teoria, ora pela prática, dependendo do campo em que a querela esteja sendo travada. Barthes, por sua vez, prefere colocar o sujeito do conhecimento num lugar indecidível.

Cabe saber se o indecidível é um lugar suportável para os profissionais das ciências da saúde? Mattos (2006, p.123) defende que a última palavra sobre as necessidades em saúde de uma pessoa ou de um grupo deve ser do profissional que aplica um conhecimento, embora não o faça sem sugerir certa prudência. A precaução do autor, que defende ali um aspecto da medicalização², tem evidente caráter político ao preocupar-se em não expropriar da tradição popular um saber sobre a saúde e a soberania da escolha do cidadão acerca de seu modo de vida, embora seja evidente que a prudência recomendada também aponte os limites do conhecimento científico. O movimento de vaivém – atenção flutuante que só ocorre quando se toma a escuta e não quando se toma a palavra – entre o que se construiu de conhecimento ao longo da história e o que as apresentações do Real reatualizam em novos enigmas,

² O autor procura pensar a medicalização como processo pelo qual a medicina invade a vida social, como numa reflexão familiar às pesquisas foucaultianas, ao invés de tomá-lo restritivamente como o exagerado consumo de bens e serviços de saúde.



situa a proposta de Barthes (2004, p.417) como uma das formas prudentes de proceder dentro do campo da ciência, esta, arrimo de toda ação profissional institucionalizada. Resta construir seu hábito. O caráter político da prudência com que o profissional deve conduzir sua prática pode ser atingido por meio de uma simplificação, espera-se, não reducionista: o ensino da ciência acompanhado do ensino de formas de compartilhamento. A formação do profissional em saúde não prescinde da construção da habilidade de conseguir transmitir seu conhecimento numa forma em que o cuidado em saúde possa beneficiar e ser compartilhado pelo cidadão ou por sua coletividade. Essa transmissão peculiar também parece ser a base da Educação em Saúde.

Há uma evidente simpatia pelo fazer, pela prática, pelo suor, no campo das reflexões sobre a formação em saúde. Simpatia que também reverbera nos integrantes da Equipe com residentes que demonstram empenho motor incansável no cotidiano de trabalho. É assim que a prática, a educação em ato e mesmo os fundamentos da educação permanente, formam um conjunto significativo de termos que parecem melhor animar o corpo de um projeto de Residência para a formação daqueles profissionais que devem produzir o cuidado em saúde como efeito de seu trabalho. A evidente valorização do elemento prático na formação, embora a mediação das ressalvas que sugerem evitar disputas no campo da dicotomia teoria-prática, pode ter suas origens nas mais complexas redes construídas historicamente³, chegando aos nossos dias pelos argumentos de retomada dos aspectos de vida e de humanização no seio dos processos de trabalho em saúde. Estes pretendem resgatar a relação humana, o encontro com o outro e a aceitação das diferenças, no contexto das práticas. Terá aí se estabelecido uma linha divisória

entre os campos da Universidade e do chamado trabalho vivo? (MERHY, 2002) Por mais que se esforcem em criar cenários pedagógicos, oficinas e laboratórios, os produtos do discurso universitário poderão apenas emular o que acontece além de seus muros. Por outro lado, a visibilidade e possibilidade de compreensão da complexidade contida numa singela relação de trabalho, como a que se estabelece no encontro entre o profissional em saúde e seu paciente num consultório, dependem do esforço de teorização que costuma acontecer com mais propriedade aquém dos mesmos muros. Vista da esfera do trabalho, as produções do discurso da universidade são experimentais e prototípicas; cumprem papel formador na medida do preparatório. É excessiva a demanda de suficiência e completude que a Universidade recebe de fora para dentro com respeito à total preparação de bons prestadores de serviços. Não lhe cabe a totalidade da tarefa, mas ela mesma parece não conseguir desvencilhar-se da sedução do todo-saber. A Universidade, em seu justo lugar, relaciona-se aos interstícios com o mundo do trabalho.

A Universidade é o locus da ciência e do seu ensino. Responde, por conseguinte, a uma demanda social de formar profissionais que prestem serviços com eficiência; tradução eufemística do pedido implícito de que o acadêmico recém-formado tenha todas as respostas sobre as questões de sua área e saiba aplicar seu conhecimento sem falhas para, então, prestar bons serviços na sociedade líbero-capitalista. A Universidade sofre o constrangimento de informar em um período de tempo cada vez mais estrangulado, ao invés de gastá-lo demoradamente com a continuidade da formação integral do aluno, sob pena de não produzir em série o que demanda a sociedade consumista de serviços, assim como antes era consumista de manufaturas. Já o papel dos programas extra-acadêmicos de treinamento em serviço

³ A moral protestante seria um exemplo?



e sob supervisão, outro nome das Residências do campo da saúde, é o ensino do saber, do fazer e do saber-fazer. A diferença entre os dois *loci* é o que outorga a propriedade da intuição correta do residente que perguntava sobre o ensino da escuta que lhe era prestado.⁴ Pergunta que aparenta estar remetida diretamente a essa nuance que se refere à competência exigida do profissional em saúde, a ser construída no tempo cronológico de graduação universitária, em comparação com as habilidades a serem construídas a partir das cenas de formação na duração permanente da pós-graduação. Os melhores estudos sobre a formação para o trabalho em saúde no País indicam a *experiência* como princípio ético-político da formação – pautada pela integralidade – desses profissionais. A leitura das singularidades de cada programa de Residência pela lente da integralidade pode ser feita por intermédio dos atos de experienciar como se dá a formação, como circula o conhecimento e como é manifestado o cuidado em saúde.⁵

Quatro são os discursos fundamentais que resistem entre si e produzem os dispositivos do campo da saúde.

Conformam-se de um modo que só podemos percebê-los por meio dos seus efeitos de subjetivação. Assim, o produto do jogo entre os discursos burocrático, clínico, político e pedagógico produzem lance a lance e em tempo real as revoluções do estado da arte do campo em questão. (MEDEIROS, 2010, *passim*) Interpretando as posições críticas de Pinheiro e Ceccim (2006), diria que a formação, interesse pedagógico dos discursos que competem no campo da saúde, pode ser representada como o vetor

⁴ Ensaio Um residente médico pergunta, p.77.

⁵ Não confundir *atos de experienciar*, melhor entendido através do pensamento de Foucault, com o conceito de *experiência* utilizado na primeira parte do livro, diferenciada do conceito de vivência, na linha do pensamento de Benjamin.



resultante das forças concorrentes da gestão, da atenção e da participação cidadã do usuário dos serviços. Ceccim e Carvalho (2005, p.87) assumem as três últimas instâncias sob o termo *trabalho*, acentuando a multifatorialidade do ato da atenção em saúde.⁶ Nessa óptica, admite-se que cada um dos demais discursos componentes do campo da saúde também pode ser estudado como resultantes do jogo de forças entre os outros três. Assim, se for razoável pensar que a gestão de uma instituição de saúde e formação – um hospital-escola, por exemplo – deve guardar relação estreita com o jogo de forças entre a atenção que presta, a formação que produz e as resistências públicas que a limitam, também, como decorrência da reflexão, é possível assumir que é conceitualmente lícita a diferenciação mínima entre os registros da formação e do trabalho.⁷

A resistência aos efeitos de subjetivação desses jogos de força que estruturam o campo da saúde, entretanto, existe e é dada quando da emergência de um sujeito. Seu efeito depende da possibilidade de torção ou ruptura mediante a qual essa emergência seja escutada no contexto da estrutura discursiva, o que nem sempre é fácil. Esse tipo de dificuldade é moeda corrente em qualquer campo estruturado por um discurso dominante. Ainda assim, o sujeito a que me refiro é aquela instância – pois é de instante em instante que pode ser apreendido – que insiste em produzir o erro, o imprevisto, causando aberturas efêmeras por onde se manifestar no discurso. O surgimento de um sujeito do desejo na cena de formação tem a beleza das coisas transitórias da vida, como uma flor de primavera, um pôr-do-sol: produções dependentes da sensibilidade de um outro que tem sua atenção aguçada e captada por elas

⁶ Que se costuma corriqueiramente apenas considerar a qualidade prática de uma técnica específica no serviço em saúde.

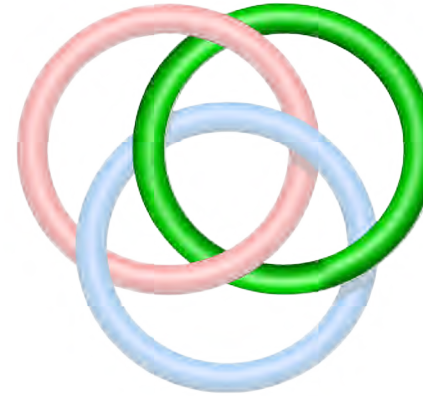
⁷ O que deve corroborar a diferenciação entre o aquilo que produz a universidade em seu justo lugar e o que é produzido fora dela.



mesmas que, só assim, podem roubar a cena para si. A cena na primeira parte, trazia em si essa manifestação bela de um surgimento que fez barreira a uma resolução do discurso da formação naquela instituição em que os envolvidos estavam sendo excluídos do direito de participação na decisão. Nela, entretanto, puderam ser escutados pela intervenção da gestão no discurso da formação. Depois disso, que outras experiências na Residência tornam-se possíveis para a formação?

Ligue os pontos:

- | | | | |
|----------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Gestão | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pedagogia |
| Atenção | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Burocracia |
| Formação | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Política |
| Usuário | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Clínica |



**COM A VIDA DO
OUTRO NÃO SE
CONSEGUE SER
MAIS DO QUE
SIMPLÓRIO —**

**A posição do sujeito da formação
no discurso**

Por psicanálise em extensão Lacan (2003, p.251) nomeou uma espécie de dívida moral de todo o psicanalista nomeado como tal: o ato de presentificar a contribuição freudiana no mundo. A extensão da psicanálise aos mais variados campos do saber, no entanto, não situa um ato ideológico e cooptativo por intermédio do qual teria o direito de traduzir todos os conhecimentos que lhe interessassem em seus próprios termos. Embora isso não seja algo tão difícil de encontrar 'presentificado' em certas produções acadêmicas, entre outras, realizadas com sua teoria, o âmago da psicanálise em extensão, assim como Lacan a propôs, está mais no enriquecimento da própria psicanálise como área potente de pesquisa e conhecimento sobre a condição humana do que no seu toque de Midas em outros campos do saber. Ser um psicanalista e encontrar-se convocado a trabalhar em um contexto de poucos recursos, avesso à ética de sua formação psicanalítica ou até mesmo longe do laço com outros psicanalistas, parece ser a situação



privilegiada para que se dê o ato que Lacan (2003) chamou de psicanálise em extensão. No ensaio a Construção clínica de caso, p.133 e seguintes da primeira parte, propus que um elemento terceiro seria necessário para haver um corte suficiente entre dois ou mais saberes e que, assim, poderia constituir, ali, a possibilidade de cooperação interdisciplinar. No caso em questão, tratei de argumentar que os princípios da APS e do SUS poderiam ocupar essa função de corte produtivo, ao passo que, naquele exemplo, pareceram ter cumprido a função mediadora entre os saberes. Bruno Latour, antropólogo francês estudioso da razão ocidental, tem pregado o que chama de fim da iconoclastia¹ como condição de possibilidade para restabelecer o fio da experiência humana, inventando um empirismo mais realista e superando os fundamentalismos como o produto bizarro da modernidade. (LATOURE *apud* FIORINI, 2009) Tal coisa só seria possível, segue o autor, se não privássemos aqueles que procuram as verdades dos meios para chegar a elas. Latour chama atenção para o fato de o pensamento moderno, na sua promessa de suficiência metódica para explicação da experiência humana, ter gerado o elogio do purismo teórico e dos procedimentos para bem conduzir o pensamento e poder acreditar nos seus achados. O resultado terá sido a esterilização, a plastificação das experiências subjetiva e coletiva? É sensível que os contextos dos conhecimentos, dos processos de trabalho, das peculiaridades das equipes e das populações atendidas em APS trazem muitos questionamentos ao saber do psicanalista. Os princípios, as diretrizes e os valores da APS e do SUS, se assumidos como interpretantes e não interpretados, conduzem o psicanalista ao trabalho, fazem

¹ Latour refere com esse termo o ímpeto de destruição de ídolos, ou seja, a não tolerância da possibilidade de mediação entre diferentes saberes. Adiciona que o Brasil tem na sua história uma tradição sincrética que seria um facilitador para que novas racionalidades não fundamentalistas sejam possíveis.

estragos em seu mundo. As entrevistas iniciais assumem nuances de primeiro contato; as discontinuidades das sessões, ao longo dos anos, constroem a longitudinalidade impossível em consultório privado; os relatos dessas sessões feitos em prontuário de família obrigam a uma escrita diferente, endereçada à equipe, que auxilie a coordenação do cuidado; a integralidade deste mesmo cuidado sustenta-se na fineza da escuta em cada tempo singular do pedido de ajuda, e a família não se faz presente apenas como um surgimento simbólico, fantasmático, no consultório, mas frequentemente real. Os momentos em que me surpreendo tentando constituir extensões da psicanálise por meio da necessidade imposta pelo trabalho em Equipe organizado pela APS, no contexto do SUS, são os mesmos que me tornam um psicanalista que não poderia ser se ali não estivesse.

O cuidado em saúde já fora definido por meio de uma variação de um belo aforismo de Boaventura Santos sobre a ciência: o conhecimento prudente para uma vida decente. (MATTOS, 2006, p.119) A prudência sempre foi bom conselho, embora aqui não se trate tanto de castração à impetuosidade – hipocrisia que o experiente faz ao noviço e coisa que jamais se pediria, de boa razão, para um jovem profissional –, mas de clareza sobre a limitação das ferramentas do conhecimento e seus efeitos deletérios, quando mal utilizadas. Barros e Pinheiro (2007) comentam resultados de pesquisas que nos ensinam o quanto as formas de diagnosticar modelares nos serviços de saúde discrepam das necessidades que os pacientes constroem ao demandar cuidado. Ao lado disso, Luz (2006) atenta para o tanto que os discursos do campo da saúde, especialmente em nosso tempo, têm o poder de fazer demandar e desejar, ressignificando a vida e os aspectos compartilhados socialmente do ser e do conviver. A antecipação imaginária de deciframento do outro é um ato de extrema



responsabilidade com a pessoa e com a sociedade em que ela faz laço. Como pode o profissional, defrontado com aquele que lhe atribui um poder insustentável, ser tão eloquente como sói ser? Não compreende que com a vida do outro não se consegue ser mais do que simplório.

A política de humanização nas relações de encontro entre profissionais e pacientes, as práticas centradas no indivíduo, as quais dependem do contato caloroso e olho no olho, são o ápice do contra-hegemônico nos tempos de rescaldo da modernidade. Desaprendeu-se ou deixou de ter necessidade o saber interessado pela experiência singular do outro. Há conhecimento demasiado em textos eletrônicos e de papel, que realizam o trabalho de informar sobre como a vida deve ser. Ainda que enfraquecido o papel do Estado como governante, o controle sobre corpos e subjetividades jamais foi tão acirrado, embora distribuído e democratizado. O médico lida com as questões impertinentes dos pacientes que antes da consulta procuraram informações sobre seus sintomas e possíveis tratamentos. Por que tal fato o desagrada tanto, se ainda assim é consultado? Se a preocupação é pela má qualidade da informação, será mesmo que não existem leitores que saibam interpretar e reconhecer um bom texto sobre sinais e sintomas, ou que saibam proteger-se com mecanismos compartilhados de segurança sobre a confiabilidade de informações? Os profissionais não teriam seu trabalho até mesmo facilitado, pois sua assinatura ainda é necessária à prescrição final, embora esta já venha indicada pelo próprio paciente que faz a maior parte em seu lugar? A resposta é rapidamente negativa. O desagrado do médico revela a precariedade da informação, que, apesar de em muitos casos apresentar-se correta, denota mais uma vez a diferença de qualidade entre o conhecimento sustentado pela informação e a reflexão diagnóstica sustentada pelo saber. Além disso, a inevitabilidade do embate de ideias a

partir da pergunta, que se coloca em confrontação a seu conhecimento, obriga o médico – e qualquer técnico em saúde – a interagir, explicar e argumentar. E escutar. E ter de estabelecer uma relação, se não intersubjetiva, o que seria demasiadamente invasivo, ao menos interpessoal. Porém, interpessoal já é uma relação que causa angústia e da qual parece previdente que a evitemos em alguma medida. Um determinado programa seriado do canal fechado da televisão² não é aprovado até a idade de 14 anos, porque, segundo a recomendação que aparece em letras destacadas na introdução do mesmo, contém relações interpessoais e conflitos psicológicos. Ora, os conflitos advêm das relações com o outro e as relações com o outro deveria ser o mínimo esperado no ato de (con)viver. Por que mesmo é impróprio para menores de 14 anos? Ah, os conflitos psicológicos! Não é por uma extensão semelhante o que justifica uma evitação do contato olho no olho com o paciente?

O jogo de posições relacionais (a Intersubjetividade) na situação da visita do enfermo ao profissional em saúde é sempre bilateralmente desequilibrado. De um lado está aquele que nem sempre sabe o que sente – embora devesse ser o único autorizado a falar sobre isso – e que, na maioria dos casos, autoriza outrem a dizer a verdade sobre si. Do outro, está aquele que é convocado a dizer toda verdade e, embora quase nunca tenha recursos para tanto, constrange-se a jamais calar. Qual dos juramentos ético-morais dentre aqueles das profissões da área da saúde garante a melhor conduta nesses casos? Quase todos sugerem desempenho de ato heróico e abnegado em não medir esforços para compreender os sofrimentos do homem à luz da sua ciência, preferencialmente de modo humanista, quando não, caridoso. O desempenho

² Samantha Who? – cuja personagem protagonista, após tornar-se vítima de um atropelamento, desenvolve amnésia e precisa redescobrir sua vida, seus relacionamentos e sua personalidade.



profissional parece com um campo de batalha épica na qual ao herói, repleto de qualidades morais, não cabe a coadjuvância. O Discurso Universitário, lugar de enunciação de onde se forjam os juramentos acadêmicos, e a partir do qual os profissionais em saúde de nível médio e superior são talhados, implica o *tudo saber* sobre o objeto. O efeito desse discurso sobre o profissional diplomado é a injunção de um gozo de tudo saber sobre o que o outro sente com a suficiência da sua própria racionalidade. Foi formado para isso e essa é a demanda que lhe recai, fenômeno resultante de um reforço recíproco entre o que pede a sociedade e o que responde a Universidade.

A expressão idiomática da língua norte-americana utilizada para mostrar empatia *I know exactly what you're saying*, parece exemplar do registro imaginário em que se situam as relações intersubjetivas. Não chega a impressionar na medida em que a expressão é produto do gênio linguístico de uma cultura pragmática, tecnológica e que crê nos produtos da ciência como representantes precisos e inequívocos da verdade, ou como caminho até ela. A frase guarda em si o engodo do imaginário tão necessário e fundante das relações preliminares de proximidade com o outro. É uma expressão *pret à porter* para dar conta da função de suportar o impossível sem que se pense muito sobre isso. Dois, em verdade, são os impossíveis, neste caso: o convívio sem mal-estar com o outro e a possibilidade de realmente saber o que o outro sente. Não obstante, a frase feita funciona, mas apenas como uma ilusão de sentido. Para que tenha o efeito empático preservado, é preciso que o interlocutor *não a escute*, realmente, mas apenas experiencie o que foi dito como uma expressão de acolhimento por parte do outro. Os sentidos das palavras combinadas nessa frase não podem importar para que, ao ser proferida, realize sua proposta. Nesse caso o que

importa é o ato de dizê-la, ao invés do significado léxico do que está sendo dito.

Por outro lado, há o contexto em que a frase pode estar sendo usada pelo falante em busca do efeito de empatia. Sim, é possível, porém apenas em relação a seu próprio eu. Um caso de narcisismo com todo requinte especular que lhe é inerente e que corre o terrível risco de cinismo pelo potencial de explicitar o desejo de realmente compreender o outro.

Ao profissional que lida com os agravos de saúde – seja de uma pessoa, seja de um coletivo – e acolhe a formulação de suas queixas, deveria estar vedada a utilização de frase semelhante a essa na intenção de seu sentido comum e estar aberta a busca da superação do estabelecimento de um registro apenas imaginário na relação intersubjetiva de escuta; condição de uma prudência com respeito ao potencial de seu próprio saber e de evitação de reducionismo pelos sentidos imputados na experiência do outro como sujeito do sofrimento. Cria-se, entretanto, um paradoxo, pois é bem o contrário disso o que parece ser o objetivo da escuta técnica e cientificizada, que tenta decifrar o sujeito com o recurso de uma racionalidade específica. Senão, vejamos como se pode ler a frase em questão: *I know* (atributo do saber científico e de seu discurso); *I know exactly* (o delírio da ciência); *I know exactly what you're saying!* (um engodo imaginário, que bem pode ser consciente ou, quem sabe, produto linguístico de uma cultura). A não ser por um efeito de denegação socialmente aceito e egossintônico, o profissional não se dá conta de que nada pode sentir ou saber sobre o sujeito que o interpela com um sintoma (observe-se que, nesses casos, o sujeito também pode emergir de um coletivo). A enunciação imaginária em questão funciona apenas por seu potencial de ato, embora fracassado, pois discrepante



entre o que se enuncia e o que pode/quer realizar, apesar do risco de constituir-se num enunciado cínico. Sem correr esse risco, o efeito de delicadeza acolhedora e de atenção à fala do outro que sofre atinge-se calando o suposto saber e prestando a escuta do significante. Frases como *I know exactly what you're saying* só guardam em si uma pequena potência como atuação, instância significante simbólica que necessita interpretação antes de seu uso indiscriminado.

De que serve o profissional, se não usar a teoria ou o seu bom senso? Pergunta que não precisa necessariamente ser anunciada, pois reproduz-se por conta própria, cada vez que alguém se sente convocado a responder pela formação que obteve ou cargo que ocupa. Mas, se ele já tem o bom senso como característica pessoal, de que lhe serve, por sua vez, a teoria? Por outro lado, é de se perguntar: O senso é bom, quando? Como se pode julgar o senso como bom? Quem pode julgá-lo? E finalmente: Se a ciência, ferramental de que se vale o profissional formado na academia, preconiza o método como recurso para atingir o conhecimento de determinado objeto e gerar uma teoria, o que justifica que, na falta ou em substituição a ela, o profissional lance mão do seu bom senso?

Se o bom senso fosse outro nome para referir à prática, os problemas com essa espécie de injunção aplicada ao profissional seriam menores. Contudo, quando se ouve a admoestação ou a afirmação sobre o uso do bom senso em determinada situação dilemática, esta vem como solução última em que a teoria ou a prática anterior não se aplicam. A recomendação do uso do bom senso como recurso final para a solução difícil é o ato da não entrega do profissional ao fato de não saber ou não ter a certeza que lhe é imposta, para realizar determinado trabalho ou função ao qual é convocado.

Mas, quais são os valores e os referenciais que dirigem o bom senso de quem o aplica? O que, afinal, garante tranquilidade ao profissional quando só lhe resta agir conforme seu senso bom?³ Certamente parece ser de um tipo de formação narcísica, autorreferenciada, ideológica, acrítica e fatalmente impositiva, aquilo de que se vale todo aquele que é levado ao extremo de usar seu senso adjetivado como bom. Num encontro do currículo teórico da Residência discutia-se uma questão dilemática sobre o tema Educação em Saúde. Frente à difícil solução do que se propunha como problemas e aporias na prática do profissional em saúde com a educação das populações, um residente da medicina disse que procura não pensar muito em questões filosóficas para entender melhor e poder auxiliar o paciente nas suas necessidades. Ora, Lacan (2002, p.31) afirmava sobre a compreensão dos alunos em sua leitura das psicopatologias: *“o próprio das psicopatologias é enganar a compreensão”*. Geralmente nos sentimos em condições de compreender. E é disso que nasce a ilusão. Na formação de alunos, *“é sempre no momento em que eles compreenderam, em que se precipitaram para satisfazer o caso com uma compreensão, que eles falharam na interpretação que convinha ou não fazer.”* (LACAN, 2002, p.31) Com respeito à formação psicanalítica, em um de seus poucos escritos com essa preocupação, Freud (1976b) parece fazer recomendações diametralmente opostas ao *tudo saber*, para os futuros profissionais que desejassem exercer a Psicanálise. Na contramão do espírito científico de sua época, Freud desaconselha a tentativa de compreender o paciente, segundo o arsenal teórico e a aplicação de método científico para estudo do caso durante o tratamento; nega que haja um padrão técnico a ser reproduzido na prática da escuta analítica; afirma a

³ Ter de qualificar um senso como bom é fruto de um saber sobre a natureza má do juízo humano?

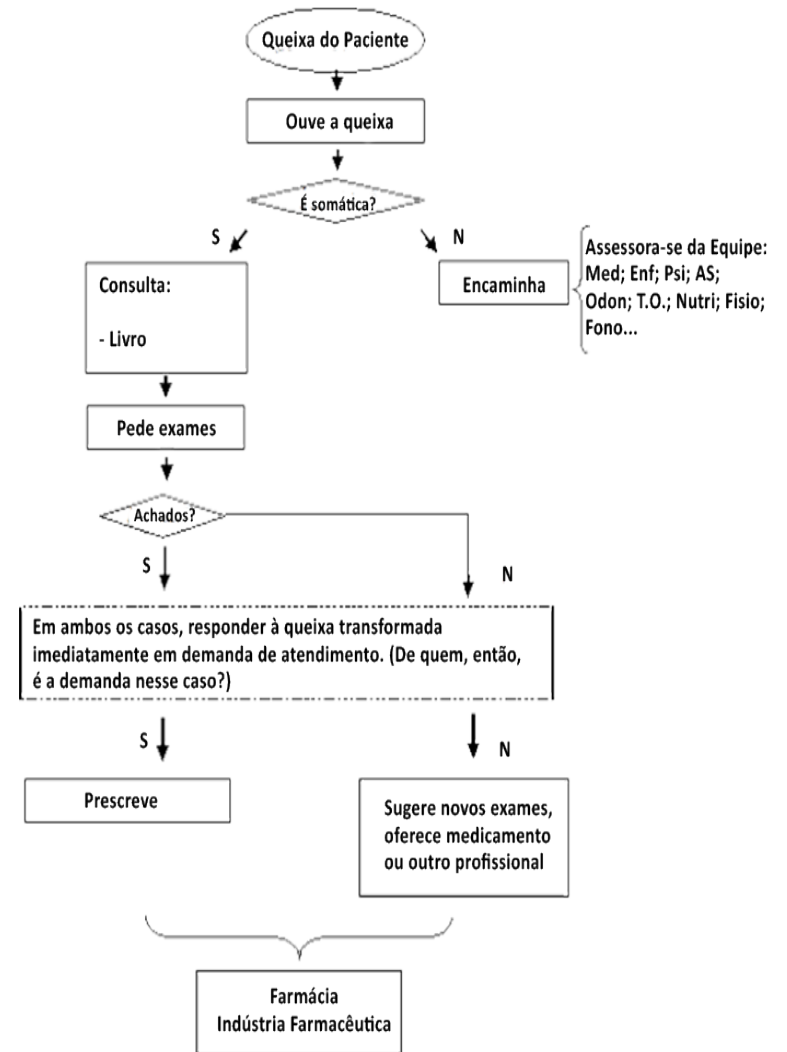


necessidade de que o terapeuta reúna todo seu esforço para bem escutar psicanaliticamente o paciente, ao invés de querer curá-lo com sua técnica; desaconselha com veemência toda e qualquer atitude educativa, por parte do terapeuta ou intelectualizada, por parte do paciente. A palavra inicial do título que Freud escolhe para esse compilado de advertências – ‘recomendações’ – sugere o mesmo tom da prudência que é recomendada como característica do tipo de cuidado em saúde (AYRES, 2000; 2001; ARAÚJO, 2002; HECKERT, 2007) que parece ser *de escolha* nos encontros do sujeito do conhecimento com o sujeito do sofrimento.

A pergunta que inicia este fragmento estrutura-se pela convocação que todo profissional sente em ter de responder, sempre, com algum conhecimento da causa, quando convocado como especialista. A pergunta que poderia encerrá-lo talvez devesse ser: por meio de que processos de formação poderia ser produzido o efeito tão discrepante daqueles induzidos pelos dispositivos moldados no amálgama entre a ciência e a academia, qual seja, a sustentação da posição de *não saber* na prática do especialista?

O profissional formado na academia e, atualmente, qualquer um que se disponha a prestar serviços, sofre um empuxo em direção ao lugar de tudo saber, tudo fazer e, portanto, pouco precisar escutar da necessidade do outro, que, ao ser proferida, já vai sendo interpretada pelos conhecimentos que possui como qualquer *expert* que se preze. Também não se sente convocado a dar testemunho da singularidade de sua formação em atos ou palavras, mas responder como máquina copiadora e reprodutora da produção de sua ciência, com requintes de liderança e protagonismo. Só a ciência salva e os profissionais são seus apóstolos.

Figura 1 - Fluxograma ilustrativo de uma posição atual do profissional no discurso da atenção em saúde.



Fonte: O Autor.

Em resumo, a representação gráfica do ato profissional ficaria assim:

Figura 2 - Representação gráfica do ato profissional.



FONTE: O Autor.

A medicina ocidental é a única que impõe sua estrutura narrativa aos pacientes. Essa narrativa é conhecida e validada sob a denominação de relato de caso. (HELMAN, 2003) As demais profissões do campo da saúde, organizadas pelo discurso da universidade, costumam espelhar-se nesse mesmo modo de construir objetos de trabalho e pesquisa. Aqueles pacientes que não conseguem produzir uma história oral clara e estruturada conforme um padrão linear de acontecimentos, com desenvolvimento coerente no espaço e no tempo, chegando até os fatos do presente, costumam ser rotulados como maus narradores⁴ (HELMAN, 2003) e, supostamente, pouco contribuem para a solução de seu problema, nessa perspectiva. Na visão antropológica e um tanto utilitarista de Helman (2003), a narrativa é uma forma de dar sentido, organizar uma experiência. Na visão de um crítico da cultura como Benjamin (1994), a narrativa guardava em si até mesmo o potencial de constituir os sentidos de uma experiência. Nesse caso, uma narrativa tem o potencial de ir tramando a cultura que organiza a forma de vida da qual ambos tornam-se participantes⁵, aquele

⁴ “Maus narradores”, na melhor das hipóteses; dementes ou obnubilados, na pior.

⁵ O próprio Benjamin, entretanto, já indica a mudança desse papel da narrativa, que perde forças na modernidade em detrimento ao papel da informação. O que não muda a presente argumentação, pois o fenômeno da formação de opinião por intermédio das mídias,

que escuta, mas também aquele que narra. As narrativas são forjadas pela cultura, pelo Outro que organiza um laço entre as pessoas, e estruturam-se por elementos típicos de linguagem, como certas metáforas, gírias, lendas, ditos, mitos etc. As narrativas carregam consigo, portanto, a própria cultura que situa cada pessoa nos contextos do seu caminhar pela vida.

Se for preciso haver uma narrativa privilegiada, imposta pela anamnese objetiva e científica, pergunta-se: nas práticas dos profissionais em saúde, a quem se está escutando? Em sua tarefa árdua de controlar, tratar e curar, o profissional deixa em segundo plano a experiência do paciente como causa de sua condição. Seria por isso que costuma fracassar amplamente em seus objetivos, em que pese o acúmulo de conhecimentos e a tecnologia avançada da área? Em que instante da história foi perdida, ou deixou de ter eficácia, a máxima segundo a qual *cada caso é um caso*?

O movimento que inspira desde os consultórios privados até os grandes ambulatórios públicos da Medicina Baseada em Evidências (MBE) parece ter-se tornado o arauto de uma determinada ordem da clínica. A evidência segura é a que se pode ver e quantificar. Fundamentada a partir da epidemiologia clínica, a MBE é a palavra final que garante ao médico ter feito a melhor escolha terapêutica para seu paciente, baseado na experiência supostamente bem sucedida e mais vezes repetida ao redor do mundo. No contexto da MBE, independem as peculiaridades do problema que o paciente endereça a seu médico. O primeiro passo para proceder-se à MBE é a formulação de uma clara questão clínica a partir do problema do paciente,

especialmente a jornalística, cumpre o papel de divulgar e construir uma proposta de forma de vida na contemporaneidade num âmbito macrossocial.



ou seja, não vale tanto o modo como o paciente estrutura a experiência com seu padecimento à medida que o narra, mas a forma clínica já conhecida pela qual o médico possa traduzir o que escutou. O passo seguinte é *ver* os exames. O passo final é pesquisar a evidência na Internet ou nas publicações da MBE. Parece que o verdadeiro paradigma dessa proposta ainda é do antigo método de São Tomé, o apóstolo de Jesus que só acreditava naquilo que pudesse ver. Se o melhor diagnóstico, afinal, acaba sempre sendo *por imagem*, ver é mais importante que ouvir.

O ideal buscado com os mesmos e gastos paradigmas positivistas de ciência parece advir de uma necessidade de proporcionar aos profissionais uma experiência clínica segura, com erro zero. Na falta da segurança das “evidências”, trabalha-se pelo piloto automático de funcionamento lógico elementar binário, encontrado nos protocolos, fluxos ou rotinas em saúde. A condição humana, entretanto, teima em burlar a lógica binária. Além do *sim* e do *não*, pode haver o *talvez* e, desafortunadamente para os entusiastas dessa *safe clinic*, pode até mesmo ocorrer o incomum convívio simultâneo e harmônico do *sim* e do *não*, em determinado registro da experiência humana.

Nos termos da integralidade, a atenção à experiência humana no que diz respeito às questões do padecimento do viver não pode dar-se o luxo de controlar tantas variáveis.⁶ O controle de variáveis no método positivista da MBE permite generalizações importantes como indicativos de novos achados na área da saúde e também a produção de *expertise* sobre cada um dos âmbitos da clínica com que um médico pode se defrontar em sua especialidade. O especialista e o *expert* são produções, das mais poderosas, da cultura contemporânea. A *expertise*

⁶ O termo *controlar* nessa expressão pode ser lido no mesmo sentido de *desprezar*.



é aplaudida e valorizada, pois, assim que anunciada ou atribuída, instantaneamente e sem nenhuma crítica, torna-se continente de toda a esperança da humanidade em perigo. É, portanto, objeto de consumo pela cultura e cobiça pelos profissionais com maior desejo acadêmico.⁷

É esse efeito cultural, talvez, que produza enunciados como, por exemplo, aquele que caracteriza o Médico de Família e Comunidade (MFC) como o *especialista da integralidade*. Buscar a qualificação retórica de especialista para um profissional diferenciado atualmente pelo conhecimento generalista, pela atuação com os coletivos humanos e pelo raciocínio ampliado sobre o adoecimento é uma denominação fraca. A expressão, ao que parece, tem valor superficial e descartável, diante da singularidade da prática do Médico de Família perante os demais e da incongruência da atribuição redutora de especialismo dirigida à idéia de integralidade.

Com perfis mais afins à integralidade, estruturam-se alguns modos de organizar a prática do MFC, cujos nomes próprios já revelam uma mudança de foco geral na prática médica, como por exemplo, a Abordagem Centrada no Paciente, a Medicina Baseada em Narrativas. Esta última parece especialmente interessante aos propósitos da integralidade na medida em que pudesse realmente propor a atenção da escuta médica à verdade da experiência de padecimento daquele que narra, a partir de um efeito

⁷ Curiosamente, é a produção de *expertise* que se tornou objeto de uma ácida crítica pelo próprio Sackett, referência mundial da MBE. Ele situa o *expert* como o elemento prestador de desserviços à Ciência, pois tende a retardar o seu avanço ao ser confundido com a verdade, suas competências e posicionamentos, a despeito da pertinência científica de seus achados. (CASTIEL; PÓVOA, 2001) Além disso, o poder atribuído à opinião do *expert* domina o mercado da ciência, ou seja, o financiamento de pesquisas e a abertura para a publicação de novos achados ou evidências dependem da concordância com as perspectivas dos *experts*.



que produz uma narrativa nem sempre organizada, coerente ou mesmo consciente, ou seja, o do sujeito. Nesse caso, cabe a pergunta: Considerando os efeitos do sujeito do padecimento na narração daquilo que sente no corpo⁸, daquilo que quer do médico e daquilo que deseja na vida, o que seria o essencial a ser escutado dessa narrativa integral?

Em comparação com os fundamentos filosóficos das medicinas baseada em evidências, baseada em narrativas e centrada na pessoa, a escuta do essencial parece poder constituir-se no fundamento para o que poderia ser denominado – ao ser praticado também pelos demais profissionais em saúde reunidos em equipe ou solitários – como o cuidado baseado no sujeito.

Numa evidente preocupação com a formação do profissional em saúde frente às exigências conceituais que influenciam o proceder no âmbito do cuidado integral, Ayres (2000) lança um questionamento enigmático e que serve para alinhar uma abertura de possibilidade de reflexão. Com simplicidade aparente, a pergunta do autor lança um dilema: Quando o profissional ou o aspirante se encontra defrontado à exigência de proceder ao seu ato de cuidado, de assistência, e considerando que é neste instante que a formação produz seus efeitos de transformação, isso deve ser atribuído mais ao saber técnico ou ao saber prático? E, quando mais evidências ajudarem a ser respondida essa questão, outra lhe pode dar seguimento: O que seria o elemento fundamental, a experiência prototípica de formação para que profissionais em saúde saibam fazer com a escuta do essencial para o proceder integral?

⁸ Aqui a referência é a experiência com o corpo, não reduzido ao organismo.

No discurso universitário, a busca pela excelência na formação recai indelevelmente sobre a melhor *mélange* entre teoria e técnica. As exigências ao novo profissional em saúde gestado nas residências integradas parecem impor outra *mélange* fundamental: entre teoria e ética. É dessa combinação que parece surgir a condição do conhecimento prudente. A prudência é resultado da observação da universalidade de valores compartilhados em uma coletividade humana. Há que se ler a prudência, quando operada por um profissional, como efeito de uma afetação pelo outro, pelas imagens de mundo compartilháveis, que fazem questão e barreira ao ideológico contido em toda aplicação de uma teoria levada a cabo. Na hipótese do privilégio desse aspecto ético na formação, ele será gerador de um saber que já é prático em si. Constituindo um saber prático e não puramente teórico, acaba sendo espécie de saber não sabido, pois não é algo que se determine antecipadamente à situação em que é convocado. O profissional formado – ou em constante formação – conta com ele na medida dos valores e princípios gerais compartilhados em seu meio, para enfrentar a singularidade de cada situação. Não pode saber antecipadamente o que cada situação lhe exige, mas pode valer-se desse conhecimento prudente que não é aplicável, como uma técnica, mas é orientador, como uma ética. Ainda falta criar a herança de uma tradição ética nas residências a qual enriqueça as construções do discurso universitário na *mélange* teórico-prática. Essa costuma desconsiderar os valores compartilhados socialmente que não sejam os puramente científicos. O conhecimento prudente⁹ é, na verdade, um saber. Não pode ser ensinado em uma disciplina, mas se constrói no andar trôpego pela vida profissional. Por sua vez, o conceito de cuidado prudente

⁹ Comparar com o que está no ensaio intitulado *O cuidado em saúde*, p.122.

(MATTOS, 2006) é a mistura de teoria e técnica, ensináveis, com esse aspecto ético, ainda em construção. Onde e como pode ser a sua oficina?

As exigências quanto à formação do novo profissional em saúde, para cumprir as promessas do SUS à população, recaem mais na construção de saberes do que de conhecimentos.

Um paciente difícil é aquele que mobiliza as resistências de quem lhe presta o cuidado. Os atributos de diferença cultural, econômica ou cognitiva, de ser um incorrigível poliqueixoso, de ter doença mental associada e tantas outras características do paciente que possamos listar como dificultadoras da relação terapêutica costumam resultar, reiteradamente, em preocupações técnicas acerca do fator *comunicação*. Entende-se que, se o paciente não segue a orientação terapêutica ou reclama com frequência do atendimento que lhe é prestado, deve haver, quanto a ele, um problema derivado de circunstâncias como as listadas há pouco. Quanto ao profissional, supõe-se como problema a falta de habilidade compreensiva e comunicativa. Apesar do interesse subreptício pelo estatuto da comunicação, pouco se amplia a discussão sobre as funções da fala e o campo da linguagem. E reproduzem-se, em diversas publicações sobre o problema, as recomendações de comportamentos ideais do profissional, quando defrontado com seus pacientes. Uma pena que quase todas situem seus postulados na superficialidade da relação imaginária ou restrinjam a linguagem ao seu aspecto utilitarista de comunicar o pensamento daquele que fala. Lança-se a pergunta: Que lugar, por fim, pode ocupar o profissional nessa relação, desequilibrada por essência, que é a sua com o paciente?¹⁰

¹⁰ Conforme proposto no ensaio intitulado *O jogo de posições relacionais*, p.123.

Num artigo bastante conhecido, Ayres (2004), médico epidemiologista, relata um caso clínico no qual o foco da problemática que propõe é, justamente, a sua relação como médico de uma senhora que nunca melhorava, mas que não deixava de lhe procurar, e os efeitos terapêuticos que obteve, quando um movimento inesperado de sua conduta durante uma consulta mudou a atitude da paciente frente ao tratamento. D. Violeta era uma paciente difícil. Sua hipertensão, sempre descontrolada, era o resultado do insucesso da relação terapêutica que travava com o doutor há anos. Repetiam-se, em cada consulta, a queixa da paciente sobre a demora do atendimento, o diálogo difícil e a desesperança do médico em relação ao seguimento de sua prescrição. Em seu relato, o autor sublinha o desconcerto repentino quando, certo dia, sentiu o ímpeto de responder à impaciência de D. Violeta – manifestada ainda na sala de espera, na frente dos demais pacientes que ali aguardavam – com uma serenidade dissimulada, quando sua vontade era a de revidar a indelicadeza. No mesmo segundo, entretanto, o médico decepciona-se com esses dois impulsos, ao julgar que ambos iam de encontro ao acolhimento compreensivo que admitia ser a atitude correta de um terapeuta. Esse impasse, diz o autor, criara uma relação inédita entre os dois durante a consulta. Ao invés de abrir o prontuário e realizar a anamnese padronizada, o médico resolve colocar a caneta no bolso, olhar para sua paciente e convocar-lhe a falar o que bem entendesse de sua vida. Com alguma hesitação a paciente conta uma parte significativa de sua história, da qual revela um sonho não realizado com o seu marido, já falecido. O médico sugere que ela escreva essa história, que a coloque no papel ainda que fosse para si mesma. E observa ao final que, embora os procedimentos padronizados de uma consulta com paciente hipertenso nunca tivessem deixado de se fazer presentes, uma relação



bem sucedida de cuidado estabeleceu-se dali em diante com a paciente.

Apoiado em Heidegger, Ayres (2004) recorre ao conceito de *dasein* (ser aí) pensado como uma contínua concepção e realização de projetos, inerente ao humano. Apoiado em Habermas, atualiza uma compreensão hermenêutica da comunicação e da atribuição de sentidos, a respeito do encontro com sua paciente. Sob esses enfoques, aposta que o elemento fundamental responsável pela mudança na relação com D. Violeta tenha sido sua atitude não premeditada de *escuta*, concebida pelo autor como um *saber prático*, ao invés de uma *técnica* específica. A escuta performada pelo médico teria sido o fator que permitiu a resignificação daquele encontro terapêutico por parte de ambos e a retomada do projeto de felicidade por parte da paciente.

Com a idéia de *saber prático* como atribuição da escuta que prestou à paciente, Ayres deseja diferenciá-la de um saber técnico. Assinala que a escuta a que se refere não está no campo da técnica, mas no da ética, como uma abertura para a alteridade e para a diferença. Nesse ponto da argumentação, Ayres está evidentemente recorrendo ao pensamento de Habermas, que atribui o sucesso de um efetivo diálogo intersubjetivo caso haja concordância entre os projetos de mundo de cada interlocutor, juízo comum sobre a verdade dos enunciados entre ambos e, por fim, capacidade de expressão autêntica de cada interlocutor. Tendo isso em mente Ayres está pronto para concluir que a tarefa de dialogar, embora complexa, torna-se possível, quando há a abertura para o que é do campo do outro, permitindo uma genuína relação intersubjetiva. Acolher a diferença e buscar a expressão autêntica da perspectiva do sujeito daquele que fala, portanto, é a condição de possibilidade para o estabelecimento de uma relação em

que tenha lugar o diálogo entre subjetividades distintas, como a do médico e a do paciente.

O médico de família Cecil Helman (2003) analisa uma extensa lista de diferenças potenciais na concepção de saúde e doença que interferem nas interações do médico com o paciente. Conclui sua elaboração prescrevendo seis estratégias para o aperfeiçoamento daquela relação. O médico, segundo Helman, deve procurar compreender a doença mediante o modelo explicativo do paciente ou de seus familiares; refletir sobre sua diferença cultural, social e econômica, em relação ao seu paciente, antes de fazer o diagnóstico ou prescrever tratamento; tratar da patologia sem esquecer-se dos demais fatores que possam ter produzido a doença; respeitar a diversidade; avaliar o contexto em que se deu a enfermidade de seu paciente e, por fim, mas não menos importante, a já conhecida recomendação de *melhorar a comunicação*. Ao que parece, a racionalidade que permitiu teorizar sobre o caso de D. Violeta é semelhante a que se presta a construções teóricas e elaborações como as de Helman.

Esclarecido que assumir o lugar do médico ou encontrar-se na posição do paciente implica dois registros (dia)lógicos distintos que, por sua vez, constroem diferentes formas de subjetivação, Ayres (2001) sublinha, com certo pesar, um equívoco comum de sua área de trabalho. Ele critica a atitude do profissional que é levado a procurar *estabelecer* um diálogo com os pacientes ou comunidades a quem presta seus dotes a serviço da saúde. Esclarece que, quando se tenta premeditar um diálogo, já é negligenciada a noção do diálogo, entendido como laço social no qual o profissional em saúde está inserido e que o constitui tal como é: sujeito da ciência e portador de conhecimentos que produzem modelos explicativos da doença (HELMAN, 2003) distintos dos modelos leigos. O encontro genuinamente



intersubjetivo, na linha de Heidegger e Habermas, torna-se pouco viável, a não ser quando produzido artificialmente.

Voltemos uma última vez à D. Violeta. Ayres, em seu memorial que se fez caso, propõe duas condições como elementares para a mudança na relação com sua paciente desagradável: o reconhecimento pelo médico do projeto de felicidade de D. Violeta e a irrupção intempestiva de um ato de escuta desprovido de técnica de sua parte, que estabeleceu uma nova relação intersubjetiva e produtora de novas formas de ser(aí), segundo sua análise. Ou seja, produtora de novas subjetividades, para médico e paciente, ressignificadas e renovadas em seus sentidos, construídas na relação com o outro e pelo desejo carreado na linguagem. (AYRES, 2004)

Entretanto, apesar da rica elaboração no sentido de uma hermenêutica que o levou a teorizar e tomar o sujeito como efeito no registro intersubjetivo, Ayres (2004, p.21) confessa ainda lhe faltar uma boa explicação sobre o que tenha sido desencadeador da reconstrução dos *lugares* naquele encontro supostamente, até então, fracassado. Pretendo contribuir com essa tentativa de teorização para que possa avançar a pesquisa no ponto da cena de interação entre o médico e a paciente.

Dois movimentos, deixados em segundo plano na elaboração do artigo, parecem ter sido importantes para a compreensão do reposicionamento do médico perante sua paciente e dos seus papéis como desencadeadores da possibilidade de uma nova relação entre ambos. O primeiro foi a atitude decorrente de uma vertigem momentânea que tomou o médico de assalto, provocando uma inquietude que o levou a fechar os formulários do programa de hipertensão e a repousar a caneta no bolso no início da consulta. Apesar de incomum para um médico competente, que deve fazer as perguntas pertinentes à avaliação do estado dos pacientes

e, partindo dos exames, preencher os formulários que garantem as informações valiosas para a continuidade do tratamento e para os dados epidemiológicos da população atendida, essa ação permitiu que ele escapasse da posição imaginária em relação à paciente: o lugar de (já) saber sobre a enfermidade da paciente. Paradoxalmente – se comparado à interpretação do autor baseada nos efeitos dialógicos da intersubjetividade –, é exatamente o escape da relação dual entre a paciente e seu médico, cada um desempenhando papéis de acordo com o lugar discursivo que ocupavam, o que pretendo sublinhar como o elemento responsável por desencadear outra possibilidade de relação entre os dois.

Mas, para qual lugar ter-se-ia deslocado o profissional ao guardar a caneta em seu bolso e remeter uma pergunta sobre a paciente como desejante¹¹, ao invés de como enferma? Certamente, para uma determinada posição efetivada pela renúncia ao lugar daquele que necessita do sofrimento do outro para gozar da posição que o discurso lhe outorga.¹² Portanto, o primeiro ato em destaque o desaliena da posição que deve ocupar no discurso para gozar de seu conhecimento sobre o sintoma e barra o próprio gozo de uma posição de mestria sobre a paciente. Ao colocar entre parênteses o seu gozo por um instante – e suportar a nova posição –, o médico, ali, passa a ocupar o *lugar do morto*.

Suportar o *lugar do morto* é reconhecer o desequilíbrio inerente da relação entre dois, nesse caso, o médico e o paciente. É estar advertido da necessidade de suspender o gozo que sua posição lhe confere. É deixar, ainda que

¹¹ Tendo em vista que lhe convocou a colocar em palavras aspectos de sua vida, seus gostos e desgostos. (AYRES, 2004, p.18)

¹² Assim como o médico, também o advogado, o padre, os psicanalistas, entre tantos, necessitam do sofrimento do outro para constituírem-se como tal.



por um instante, de protagonizar na cena para que algo do desejo do outro possa constituir o projeto de felicidade que veio buscar.

Ocupar o *lugar do morto* é a condição da escuta em psicanálise. O morto, entretanto, não coincide com o inanimado, o inamovível, o mudo e, por certo, o surdo. Mas, simplesmente, remete ao valor de um terceiro elemento que, por sua existência abstinente do seu próprio gozo na relação garantida pelo discurso, permite que o jogo prossiga.¹³ É o próprio Ayres quem critica, em outro artigo (AYRES, 2001, p.68), o ímpeto dos profissionais em saúde de quererem dispor seus talentos e competências em favor das populações ou pacientes, frequentemente sem considerar subjetividades e desejos distintos dos seus. Esse, um exemplo de resistência no ato de sua profissão.

É na função do morto que o analista pode ocupar o lugar de causa do desejo de seu analisante. Ao que parece, foi algo dessa ordem a renúncia do médico em proceder com o seu conhecimento, que o permitiu lançar uma pergunta genuína – pois indagava sobre algo do qual realmente nada sabia –, e gerar-se o efeito que lhe permitiu ouvir sobre o desejo da paciente.

Entretanto, ocupar o lugar do morto, da abstinência, da renúncia ao papel que o discurso outorga, nunca é coisa fácil. É quando o médico se descuida por um momento, ao gozar com a história de sua paciente, que quase retoma o lugar de mestre que tudo sabe daquela relação terapêutica. Mas, por alguma astúcia ou saber prático, como designa o autor, acaba intervindo de modo a manter preservada sua nova posição na relação, e bem aí encontramos o segundo movimento.

¹³ Assim como a função do *morto* em determinados jogos de cartas, como a canastra, o *bridge*, entre outros. Para vencer, é preciso contar com as cartas que estão com o morto.



De acordo com o relato (AYRES, 2004, p.17-18), ao final da narrativa de D. Violeta, que lhe revelou um projeto de vida interrompido pela morte do marido, o médico sugere-lhe que escreva sua história, *ainda que fosse para si mesma*, pois o relato verbal parecera-lhe conter uma beleza literária. Embora evidentemente seduzido pela narrativa, o médico sugere que a escreva para si mesma, e se abstém, em parte, de solicitar que escrevesse para ele.¹⁴ Demandar para si a escrita viria a ser o ato que o recolocaria na posição imaginária de *saber* sobre sua paciente e a antiga relação dual, insuportável a ambos, poderia ser retomada. O médico, entretanto, remeteu a escrita do desejo de sua paciente, não ao outro que poderia ser ele mesmo, mas, ao dizer que escrevesse *ainda que para si mesma*, endereçou o desejo da paciente ao Outro. Assim, preservou seu lugar de causa do desejo da paciente, que, segundo o relato, jamais voltou a repetir as suas reclamações, desagradáveis ao médico, em cada início de consulta.

Embora essa contribuição possa parecer constituir-se, em alguns aspectos, numa leitura distinta, mas com as mesmas decorrências da elaboração de Ayres, ressalto que ela discorda em um ponto importante. Ayres é levado a pensar o sujeito como efeito do diálogo que o sujeita, aqui redefinido pela noção de discurso, e sublinha a produção de novas subjetividades por meio do encontro e do diálogo intersubjetivo. Minha contribuição, ao invés de situar-se nos efeitos que a cena descrita como caso produziu – o projeto de felicidade – ou no suposto elemento desencadeador – a escuta qualificada como *ética* –, ressalta exatamente o que parece ser o cerne da argumentação de Ayres: a relação médico e paciente, que se estrutura pelo discurso que lhes permite encontrarem-se ali, numa consulta

¹⁴ Afirimo que a abstinência tenha sido em parte pelo que revela do desejo do médico o termo *ainda*, conforme escrito pelo autor do artigo.



médica. Ocupar o lugar do morto veio a criar um espaço de fala para a paciente e ter sabido – praticamente – o que não deveria deixar de escutar foi a condição essencial que escapa à explicação de Ayres. Sua aposta na relação intersubjetiva parece-me equivocada, pois fora exatamente as subjetividades já arrançadas entre médico e paciente, nessa relação impossível de paridade tomada no nível imaginário¹⁵ o que engendrava os efeitos de insatisfação de ambas as partes.

A singularidade dos desejos e gozos que um sujeito pode apresentar, jamais permite que se consiga uma relação equilibrada ou simétrica o suficiente, para pensarmos que a produção de uma novidade naquele encontro tenha sido fruto de uma intersubjetividade. No máximo, poderia haver lugar para um efeito de identidade na relação, que poderia ser reputado como a causa imaginária da antipatia mútua.¹⁶ Do lado do médico, o desencadeador dos efeitos que o levaram a escutar o desejo da paciente foi uma renúncia ao seu próprio gozo de médico, ainda que suportada apenas por algum tempo, enquanto durava a narrativa de D. Violeta.

Advertido do desequilíbrio indissociável das relações entre o profissional de saúde e o paciente, também é possível conceder uma escuta que não é técnica, mas há que saber o que escutar. Ayres soube, sem saber;¹⁷ e assinalou com precisão a emergência do desejo de sua paciente. Para ela, ele não combinava mais com seu imaginário construído a respeito do médico. Embora a história contivesse a sedução das contadas por Cheherazade, o médico soube também

¹⁵ Ambos coincidiam, a seu turno, com a imagem do médico e a imagem da paciente.

¹⁶ Cada qual imaginando que não era objeto de amor um do outro.

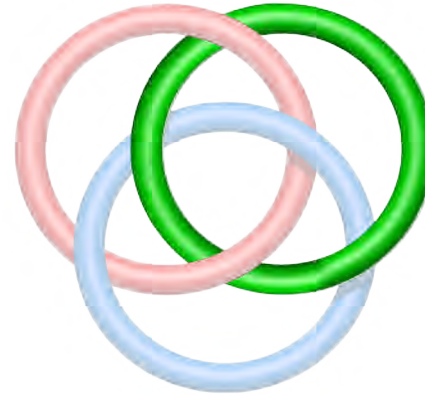
¹⁷ A *sabedoria prática* a qual se referiu, que também poderia ser pensada como uma operação do inconsciente.



escapar da intersubjetividade na qual novamente estava na iminência de ser mergulhado e instaurou um lugar terceiro, interditor da dualidade destrutiva de antes, o que permitiu o deslocamento de uma identificação nociva de parte a parte: o médico que não atende na hora e a paciente poliqueixosa que não melhora.

Um ato de cuidado e de tratamento parece poder se sustentar melhor, se há interesse possível do profissional pela narrativa dos pacientes, mesmo quando se posicionam fora da relação imaginária suposta a um ideal da consulta médica. A condição disso, entretanto, parece depender da possibilidade de, ao menos um, na cena, calar. O lugar do morto, paradoxalmente, sustentou a clínica da vida.





COLECIONAR CENAS DE FORMAÇÃO —

O sujeito da formação se esforça
em representar-se em um novo
discurso

Por intermédio de algumas das primorosas reflexões de Foucault, aprendemos a perguntar *como* as coisas se tornam o que são. Com alguma proximidade à teoria lacaniana dos discursos, Foucault em toda sua obra levamos a indagar nem tanto pelo sujeito, mas por sua produção por meio dos discursos em voga a cada tempo lógico da história. Passamos a refletir, por exemplo, que a infância, a maturidade, a velhice, a mulher, o adolescente são produções discursivas em determinada época histórica e que podem muito bem sofrerem alterações ou desaparecimentos. Nas últimas décadas, por exemplo, acompanhamos uma espécie de reação de ruptura dos antigos vínculos entre o aluno e a escola. Os modos de controle e de poder da escola foram questionados e a opinião comum da sociedade quanto aos motivos dessa afronta às instituições tradicionais costuma recair sobre atributos da conduta juvenil: a rebeldia, a estultícia, a lassidão, a drogadição; quando não apontam

para a fraqueza da autoridade paterna, entre outros. Todas essas explicações são aquelas construídas pela vulgarização dos discursos das ciências nas produções midiáticas.

Nessa linha de pensamento, não é improvável assumir que construções como as da infância e adolescência estão em contínuo processo de erosão. A relação com as instituições que as produziam – a escola, principalmente – sofreu sérios abalos. Desse modo é que estamos assistindo como uma saída [para o problema] da escola o que se conhece pela sigla EAD. A Educação à Distância mostra-se agradável por proporcionar muitos elementos, dos quais a própria distância da arquitetura e dos controles escolares parecem ser os principais. Mais comum é encontrarmos opiniões populares que se referem à falta de dinamismo das práticas pedagógicas e à precariedade tecnológica da escola. De um lado, a tecnologia, mais bem entendida como o ferramental digital de informação e, de outro, a exigência de uma fluidez vertiginosa como característica incondicional do prestador de serviços na era organizada pelo mercado neoliberal, ambas fazem exigências de mudanças para a escola condenada ao anacronismo. A EAD é festejada como uma solução possível, na medida em que porta em si as características essenciais que fascinam e permitem aos sujeitos responderem às principais demandas do Outro contemporâneo, com requintes tecnológicos: recebem a certificação – imaginária e de um recurso virtual –, ocupam de maneira autônoma o tempo sem maiores perdas e evitam o contato excessivo com o outro. Uma reportagem de telejornal¹ fazia referência à EAD ao mostrar seus valores e benefícios, enfatizando que uma das universidades mais tradicionais do país estava se rendendo ao dispositivo de formação, o que lhe permitiria formar um número de alunos improvável com o antigo recurso da sala

¹ Jornal Nacional, Rede Globo de Televisão, veiculada no dia 29/04/2009.



de aula e dos encontros presenciais. A entrevista com um dos alunos tinha como cenário o seu lar, a companhia da esposa e filhos. Um computador, sorrisos de satisfação e a afirmação de autonomia no processo de formação pelo entrevistado, que podia estudar em casa das 19h às 22h, nos dias estabelecidos e, ainda, estar junto da família, perdendo o menor tempo possível, reforçavam a tese da reportagem.

Considerando os discursos que nos subjetivam, a satisfação com a rapidez e praticidade do recurso da EAD é menos ilusória do que a impressão de convívio com a família, enquanto alguém fixa seu olhar numa tela de computador. O filósofo Gilles Lipovetsky (*apud* SAVIAN F.º, 2007a) tem chamado atenção para esse fenômeno contemporâneo no qual o olhar das pessoas, mesmo em situação de encontro social, está mediado por uma tela. A família, desde há muito, reúne-se na sala de estar² num encontro mediado pelo aparelho de televisão. O PC, computador personalizado, desintegra ainda mais a qualidade de relação que há muito estava à míngua. Ter mais autonomia para autogovernar seu tempo e compartilhá-lo mais de perto com a família é falacioso. A instituição do EAD parece também poder ser, em parte, instituinte da trilha que leva a vida à confusão

Os cursos projetados para a capacitação, concebida como sinônimo de formação³, irão produzir caricaturas profissionais. Desde a entrada na graduação o aspirante a bacharel ou licenciado precisa conviver com a dúvida sobre ter ou não o perfil necessário para a profissão escolhida. Em alguns cursos, mais do que em outros, essa pergunta atormenta o acadêmico a cada insucesso, entretanto o que

² Denominação já antiga que, em português, mostra o minimalismo de convívio familiar moderno (basta estar) elidindo o inglês *living room*, no qual, ao menos, permanecia a dimensão da vida, do convívio.

³ Assumindo que a capacitação é uma fração muito pequena da formação.



determina o sentido do sucesso é pouco questionado. O que impõe determinados padrões para o bem formar e a que desígnios servem são perguntas rarefeitas. Acaso fossem formuladas num instante anterior a ser emitido o juízo sobre a probidade do aprendiz ou, em casos mais extremos, sobre sua aparência condizente ou não com a profissão que escolheu, essas perguntas destroçariam qualquer ilusão de objetividade do avaliador. Forma-se na Universidade como se houvesse uma substância fundamental e exclusiva que deve constituir uma identidade em cada profissão. A sociedade reforça essa expectativa, ao mesmo tempo em que é reforçada por ela. Privilegia-se as aparências em detrimento do essencial. A gravata e o aparelho de ausculta que circunda o pescoço até depositar-se calmamente no bolso do jaleco fazem o monge.

A adição de atitudes acolhedoras nas práticas em saúde relança, entre outras, a questão sobre as identidades profissionais. Retomar o aspecto de vida no seio dos processos de trabalho em saúde remete também à retomada do contato perdido com o outro. A tecnologia pesada e a fragmentação dos objetos e objetivos do conhecimento minimizam a necessidade do cont(ato) humano no trabalho. Isso se verifica em todos os campos de atuação profissional, estendendo-se com estranha naturalidade ao campo de práticas que presta serviços cuidando da saúde de pessoas. Saúde, tida como o bem maior no que diz respeito à vida humana de cada um. O vetor do trabalho prático em saúde pautado pelo contato com o outro numa situação cotidiana, de vida, tem duas orientações possíveis. Uma, na relação com o enfermo. Outra, na relação com o colega de trabalho. Ambas provocam inquietações, identificações, projeções, transferências, ou seja, tudo o que causa empecilhos, como variáveis que não se deixam controlar. Essa situação de trabalho vivo parece destroçar com as identidades e as

improváveis essências profissionais. O trabalhador vê-se em meio ao desamparo e com pouco ao que se agarrar para desempenhar sua função. Não pode mais ser como seu mestre ou agir como dizia o livro. Nem pode espelhar-se na caricatura do profissional de sua categoria. Perdeu a boia que o sustentava e, assim, talvez possa começar a aprender a nadar num estilo que lhe convém.

A lógica dos ciclos vitais – além da hegemônica *pato*-lógica – serve como estrutura para muitos aspectos das práticas em saúde, como a organização processual, epidemiológica e gerencial dos serviços. Na esfera da prevenção e promoção, encontram-se os *programas*, desenhados especialmente para favorecer um conjunto de práticas, registros e escalas de trabalho, nomeados frequentemente conforme a fase da vida em que se encontra o paciente: programa da saúde da criança, da gestante, do adulto e do idoso, por exemplo. Já na esfera da reabilitação dos pacientes, as Unidades de Tratamento Intensivo podem subdividir-se em neonatal/pediátrica e suas lógicas de trabalho devem observar procedimentos distintos, se o paciente é idoso, adulto jovem ou criança. As alas de um hospital, por sua vez, e mesmo um hospital inteiro pode ser restrito à área materno-infantil, ao atendimento de mulheres adultas ou apenas de crianças enfermas.

Todos os locais referidos acabam por instituir recortes de um tempo e de um contexto da vida dessas pessoas, alocadas conforme sua idade e patologia. De certo modo, ao considerar que as enfermidades sejam situações extraordinárias no decurso de uma existência, não se torna absurdo que o local de reclusão para tratamento e reabilitação do paciente seja um recorte da realidade, uma desnaturalização do cotidiano e das coordenadas simbólicas que dão sentido e segurança a cada pessoa. Entretanto, para suavizar os efeitos dessa retirada do sujeito de seus



referentes, quando da necessidade de estadia hospitalar temporária, muitas instituições de saúde têm investido em mudanças ambientais e de comportamentos dos seus funcionários em relação aos cuidados com os pacientes. Sob a égide da humanização no campo do atendimento em saúde, enfeitam-se as alas infantis com balões e brinquedos pelo corredor, colocam-se cadeiras de balanço, televisões e imagens religiosas cristãs em silenciosas salas de leituras para os idosos e pintam-se paredes e mobílias com tinta cor de rosa para melhor acolher e simbolizar o feminino para as mulheres que ali se encontrarem. A relação da equipe com os pacientes também segue a mesma linha de cuidados. Nas consultas ou procedimentos de rotina os tons da voz, as expressões da face, as palavras e as propostas de conforto, também variam com o estereótipo de como é simbolizado no tempo presente a infância, a velhice, a diferença sexual.

Não são os pressupostos da humanização os únicos patrocinadores dessas práticas e hábitos no campo da saúde. Os discursos estereotipados sobre a integralidade do cuidado também reproduzem uma espécie de ideologia que adquire predominância numa cultura e que gera um entendimento homogeneizante acerca de uma suposta experiência peculiar a cada fase da vida ou condição sexual em que se inscrevem os pacientes. Negligencia-se, por exemplo, que haja uma criança que não queira brincar, uma mulher que goste do azul e um idoso de espírito jovem e frenético. Tanto a humanização quanto a integralidade podem ser facilmente tomadas de assalto pelo ideal discursivo que define a criança, a mulher e o velho, no mesmo momento de sua *performance* reativa aos procedimentos frios e parciais que tomavam lugar nas instituições da saúde. Entretanto, o ato compreensivo e reconhecedor da situação singular do outro parece depender vivamente de uma condição essencial dos profissionais e equipes. A

condição é permitirem-se pertencer, não tanto ao cenário que lhe serve de ambiente e em que realizam seu papel profissional, mas, apenas, àquela cena singular do encontro inesperado com a alteridade, guiada unicamente pelos efeitos de pensar com o outro e de deixar-se afetar por isso naquele instante. A integralidade do tratamento terapêutico necessário em cada situação não se desenha satisfatoriamente como um conjunto de procedimentos exaustivos e idealizados conforme a patologia e a faixa etária, a menos que se torne uma operação padrão e descontextualizada da cena de cuidado que se estrutura a cada instante e na qual a singularidade do paciente importe. O cuidado integral que não se estrutura por intermédio do já sabido sobre o problema formulado pelo cenário parece ser mais bem definido pelo que emerge como inesperado naquele tempo de encontro com a situação problema e com o paciente. Longe do idealismo da filosofia científica e pouco preso às representações pré-fabricadas do ciclo vital e do patológico, o profissional e as equipes podem garantir-se não só pelo que já sabem e que os faz cometer certas demasias, mas pela escuta do sujeito que, na cena de encontro e afetação com o outro, emerge. Portanto, não se trata também da escuta direta e decodificadora sobre o paciente queixoso e já imerso nos discursos que o definem e o fazem demandar uma cura integralmente padronizada, mas escuta do sujeito que ali, na cena, deseja, num projeto de vida por construir. Essa parece ser a única possibilidade de escuta que pode levar ao saber sobre a integralidade específica àquele momento privilegiado do surgimento de um pedido singular por saúde. Há que perceber que a integralidade também pode servir ao ideológico desde sempre dominante e os valores nos quais se formam os futuros profissionais podem ser bem pouco humanos.⁴

⁴ Ou, talvez, deveríamos perguntar-nos pela humanidade que temos escolhido construir. A propósito, um hospital nomeado como materno-



A operação padrão é um modo, um tanto irônico, por meio do qual se dá visibilidade à diferença entre conhecimento e saber. Diferença essencial à argumentação que procura sustentar o saber como diferença e pertinência aos propósitos da formação profissional, em especial a integrada em saúde. Também conhecida em Portugal como a *greve do zelo*⁵, consiste de um procedimento no qual se segue rigorosamente todas as normas técnicas que legislam sobre o bom modo de proceder em determinada atividade, resultando, paradoxalmente, em atrasos ou mesmo em inoperância. O momento da prática da operação padrão é revelador. Mais do que escancarar o engodo do discurso técnico, da *expertise* com requintes de cientificidade, mostra sob iluminação feérica o caráter essencial da construção de um saber no campo objetivo das práticas. A produção do discurso científico costuma compor conjuntos de normas padronizadas para a otimização do desempenho em uma atividade. Seguindo-os, a atividade será justificada cientificamente, o que lhe concederá o *status* de verdade insuspeitável e garantia do bom serviço prestado. Conforme as produções desse mesmo discurso no campo social, as normas padronizadas poderão fazer mais referências ora ao uso de tecnologia pesada, ora à economia de recursos ou mesmo à preservação dos recursos do planeta. O conjunto de normas produzido pelo conhecimento técnico e especializado gera, por sua vez, uma padronização que costuma inflacionar o ato laboral daquele que pratica a atividade, inviabilizando-a. O praticante fica na posição masoquista de servir ao sadismo do teórico que não para de sentir-se convocado, em nome do progresso científico,

infantil não reforça nesse recorte da realidade a ausência paterna comum na sociedade e problemática aos estudos do desenvolvimento humano e da família?

⁵ Termo interessante no contexto deste trabalho, visto que *zelo* também é uma tradução possível para o *cuidado*, suposta habilidade do profissional em saúde no contexto da APS.

a seguir produzindo os protocolos que indicam o melhor ou necessário desempenho. Entretanto, o prático, que em muitos casos nada sabe do método da ciência que lhe indica como proceder – preenchendo formulários, atribuindo códigos, utilizando aparelhos de diagnóstico e proteção –, acaba logo descobrindo que a posição masoquista pode ser prazerosa. Descobre, entretanto, que, como todo o efeito do princípio do prazer, a repetição leva ao fastio. Aos poucos, por necessidade de escapar ao conforto paralisante do prazer da repetição, vai inventando. Ao inventar, realiza com mais êxito a tarefa que estava reduzida à pura burocracia. À produção inventiva do praticante, que lhe permite por um momento escapar do discurso racionalista que o constrange a responder ao protocolo, dá-se o nome de saber e precisa ser diferenciada do conhecimento. Na operação padrão, ambos estão presentes em simultaneidade peculiar. O conhecimento é praticado na astúcia da obediência obsessiva. Já o saber é o que se revela paradoxalmente por sua ausência no ato da operação que, só feita de conhecimento, não se executa. A criança, que nunca faz tudo o que sua mãe manda, usa o saber da infância para bem sê-la, coisa que o adulto precisa descobrir para bem sê-lo.

No ensaio sobre o procedimento do colecionador⁶ apresentou-se uma forma para que diferentes saberes concorrentes possam produzir cooperativamente soluções de problemas complexos. Por intermédio de um exemplo, os princípios, as diretrizes e os valores da APS, figuraram como organizadores dos diferentes saberes da área da saúde numa discussão de situação-problema em Equipe. A proposta de Acioli (2006) a respeito da importância da consideração dos saberes

⁶ P.133.



práticos⁷ no ato de cuidado em saúde também parece ter esse potencial de elemento terceiro que intercede, interdita e possibilita o ato integrativo entre os diferentes saberes, na medida em que ele não seja destituído de importância na concorrência com o saber cientificamente construído. É o próprio autor citado que afirma uma possibilidade de aproximação dos saberes disciplinares entre si, se os modos de vida em determinado território fizerem parte da reflexão. Essa afirmação parece sugerir, ainda, que os contornos sobre o que seja o cuidado integral devam ser desenhados situação a situação, cada qual definida em função desses saberes chamados por ele de práticos. A peculiar possibilidade de aprendizagem de profissionais da equipe e residentes expressa no ensaio sobre a visita ao Pombal⁸, onde morava uma população vulnerável e heterogênea, dá suporte à tese do elemento organizador que aproxima os campos do conhecimento e os faz cooperar. Esse achado da experiência e a teoria de Acioli devem instigar-nos a seguir, buscando novos elementos e testando a hipótese do procedimento do colecionador.

No jogo do xadrez pode ocorrer uma situação peculiar em que um posicionamento extraordinário das peças impede que haja vencedores, mesmo com uma superioridade já bem estabelecida em favor de um dos exércitos. A referida posição denomina-se *zug-zwang*, e acontece quando o rei, na obrigação de mover-se e não estando em *xeque*, só pode fazê-lo passando a ocupar uma casa atacada por peça adversária, o que não é permitido na regra do jogo. Na situação de *zug-zwang* do rei, deve-se declarar a partida como empatada. Ou perda, na medida em que produz dois perdedores: um perde de ganhar e

o outro perde de perder e aprender algo com isso. Essa posição é uma expressão possível de um impossível contido na tarefa premonitória de preparação de cenários e escolha de conteúdos considerados importantes à construção desejável do conhecimento suposto como necessário aos profissionais em saúde durante sua formação. O questionamento que coloque em análise qualquer dessas escolhas revelará inexoravelmente posicionamentos ideológicos em cada uma delas. Os cenários e conteúdos previamente estipulados para a boa formação em saúde entram em *zug-zwang* ideológico no mesmo momento do ato de terem sido escolhidos.

Como se o impossível da condição de imparcialidade não fosse o bastante – e não o é, pois sempre há um modo simbólico de tornar possível o impossível –, há ainda outro desafio na construção pedagógica para a formação integrada: como não homogeneizar os campos de conhecimento e suas práticas, ao mesmo tempo em que se consiga superar suas fragmentações? Em ambos os casos trata-se de um passo que não pode ser dado sem o comprometimento com um tipo de discurso que adquire potencial de tornar-se hegemônico a partir do estabelecimento de sua escolha. A posição possível, nesses casos, seria a da imobilidade?

A inspiração acadêmica de um projeto de formação não permite escapar do elemento ideológico que reina momentaneamente num programa de Residência como um todo ou dos vários elementos ideológicos concorrentes que o coabitam, cada qual em seus nichos específicos, criando zonas de resistência e de poder. Note-se que são esses elementos plurais que acabam compondo um *menu* de opções que, por sua vez, expõe e questiona o desejo dos residentes a respeito de sua formação.

⁷ Trata-se dos saberes locais que abrangem, mais do que uma prática, os sentidos, os significados e os valores, construídos no andar da vida cotidiana e de relação.

⁸ Cf. Ensaio, p.39.



Há um dispositivo de suporte para que uma ideologia se faça presente nos espaços de formação. Toda a escolha pedagógica ou de conteúdos vem sempre acompanhada da parte estrutural do projeto chamada de *justificativa*. É ali que se encontram arranjos de argumentos de mesmo ideal, compondo um jargão que serve às mais variadas propostas, sejam educativas, políticas, gerenciais ou de serviços. Além disso, todo o projeto de capacitação deve também prever e descrever as competências e habilidades a serem desenvolvidas, bem como o instrumental pedagógico para atingir esses patamares de excelência. O conhecimento adquirido costuma assumir o papel de pedra de toque do final do processo de formação. A discrepância entre os objetivos e a proposta de como atingi-los nos projetos de capacitação é flagrante, na medida em que se leia com atenção o jargão do texto. Embora acrescentem em seu escopo, algumas vezes sob a denominação de competência e, em outras, sob a alcunha de habilidade, as características humanísticas e relacionais que devem acompanhar as tradicionais de adestramento teórico e técnico para a excelência na formação, os projetos propõem práticas curriculares que não podem realizar a obra.

As expectativas acerca das competências profissionais parecem já ter ultrapassado há muito o elogio do conhecimento técnico específico de cada profissão. A própria construção da demanda como prestação de bons serviços também implica o mesmo, pois deseja-se que o profissional, além de bem informado e dotado de boa técnica, seja também atencioso, acolhedor, acessível, simpático. Esse pedido acaba, em certas áreas profissionais, provocando a perda do tom da parcimônia, e a vendedora da loja de vestuário mostra-se excessivamente presente ou, além de seduzir para a compra, aparenta estar seduzindo para o sexo. O clínico torna-se o amigo a quem se convida para as comemorações familiares, e o terapeuta é o

confidente pessoal a quem se recorre a qualquer hora ou em cuja companhia sai-se para participar de eventos sociais. Abstraindo-se os equívocos do excesso, há uma necessidade evidente de transformação das relações do profissional em saúde com seus pacientes, em nome de uma retomada do que estamos chamando de aspecto humano nesses encontros.⁹ Os discursos da humanização e da prestação de serviços sedutores de fidelização do cliente impõem, cada qual a seu modo, argumentos de insuficiência às competências do profissional como portador apenas de conhecimentos técnicos e/ou científicos.

As demandas de formação do profissional do campo que aqui nos interessa implicam que a competência também esteja situada em aspectos que podem ser reunidos na expressão de potencialidades as quais permitem a abertura para a alteridade. Nenhum currículo previamente montado e nenhuma teoria especialmente selecionada serão suficientes para produzir tanto. Talvez a competência da escuta como uma injunção de um contato praticamente físico de um ao outro, assim como definida por Barthes (1984) em dado momento¹⁰, possa abrir a primeira porta de um caminho para essa busca no campo da formação do profissional em saúde. Não qualquer tipo de escuta, mas aquela que deve imprimir o movimento de *zigue-zague* entre a teoria e o que é escutado daquele que fala, sem a atribuição antecipada de significados por aquele que escuta. O movimento curto de *zigue-zague* é também uma saída à imobilidade suposta da posição de *zug-zwang* comentada acima, e parece poder ocorrer somente no tempo lógico de cenas de formação impossíveis de serem previamente programadas nos currículos de talhe acadêmico das Residências em saúde. Desenvolver

⁹ Vide a PNH – Política Nacional de Humanização referente às práticas em saúde no País. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a)

¹⁰ Cf. p.67 e seguintes.



competências que dizem respeito, por exemplo, à tomada de responsabilização em seu ato de cuidado, a aprender a aprender, à criatividade, ao trabalho coletivo por vezes realizado na adversidade e com poucos recursos e, principalmente, à aceitação da alteridade, não é algo simples e nem provável de ser efetivado do modo como se propõe desenvolver atualmente. O objetivo curricular da nova formação em saúde, nessas condições, não deveria escapar, portanto, de contemplar a possibilidade de o residente relacionar-se com o outro, com o estranho, com o estrangeiro, que habita em si mesmo.

O caso clínico ou a situação-problema, ao contrário dos exercícios de formação para os futuros especialistas, não é aquilo que, como numa charada, atira o aprendiz a encontrar a resposta certa no arcabouço de sua área de conhecimentos. Tampouco deveria ser desenhado a partir do já sabido. O caso clínico ou a situação-problema parte do ponto de ignorância (JERUSALINSKY, 2004) de uma ou mais áreas do conhecimento, convocando os seus saberes a tentar construir algum pedaço de borda onde se agarrar em torno do vazio – de excesso ou resistência aos sentidos – que ali se apresentou. Os modos de adoecer e demandar cura instituem uma experiência que não se deixa apreender facilmente pelos registros imaginários ou simbólicos de cada área do conhecimento. O profissional em saúde, quando defrontado com o sujeito do sofrimento, encontra-se convocado a realizar um tipo de ato no contexto do cuidado à saúde para o qual sua formação pouco é beneficiada pela acumulação de conhecimentos, posto que jamais seja atingida a suficiência, ou pela transmissão pedagógica, pois necessita do tempo para constituir experiência. A experiência pode muito bem ser transmitida, mas não do mesmo modo que se faz com o conhecimento. A experiência que se costuma dizer ter *adquirido*, na verdade

é construída paulatinamente. E o início dessa construção dá-se no mesmo instante em que o profissional se vê em situação de desamparo e de precariedade. Advém de uma provação pela qual se passa, num confronto com o Real. O Real, segundo Zizek e Daly (2006), é sempre excesso que desintegra estruturas ou resistência em ser apreendido, mas é condição do trabalho como potência de criação, pois, no seu instante de emergência¹¹, o conhecimento prévio do sujeito não lhe é suficiente. A tentativa de tamponar essa emergência com o conhecimento, transmitido por meio dos *cabos disciplinares*, falha em sua tarefa de representar suficientemente o fenômeno. Apenas lhe dá uma parca visibilidade e sustenta o sujeito científico da ação por pouco tempo. No instante seguinte, ele precisa inventar uma novidade. Novidade que lhe traz marcas, inicialmente como uma cifra, até que possa construí-la como experiência num *só depois*.

O Real é pressentido na angústia frente à dificuldade em trabalhar com as realidades. Um Real produziu o SUS. Um aspecto do potencial do trabalho com o Real pode-se encontrar contido na obra de arte, que é mais bela e inquietante, na medida em que guarde em si uma boa dose de Real ainda preservada. Parece ser algo dessa natureza que lhe possibilita o seu aparente fenômeno de antecipação sobre a experiência humana; mais por intermédio disso do que por seu potencial como representação.

O conhecimento pode ser esquecido ou refutado. O saber, nada o usurpa de um sujeito.

Ainda é mais comum consultar espontaneamente um profissional em saúde somente quando a dor se tornar insuportável. Mesmo que tanto a dor como a insuportabilidade devam ser relativizadas, pois ambas

¹¹ Também seria bastante expressiva, nesse caso, a palavra *insurgência*.



dependem de um julgamento subjetivo, a hora em que a visita se torna iminente é um momento do qual se pode dizer que o sujeito esteja *provando*. Esteja experimentando um gosto de solidão acompanhada de desamparo, embora temperado com alguma esperança. Os casos em que o foco do problema costuma-se classificar como de saúde mental, por exemplo, parecem ser, por sua vez, dos menos temperados. A dor é silenciosa como a criança que brinca de se esconder. O profissional não tem como sabê-la, só o sujeito, se tanto. Os outros tipos de sofrimentos cujo foco não são os ditos *psíquicos*, também podem ser tão inespecíficos que o desamparo referido há pouco acaba acometendo também ao profissional. Este, por sua vez, tem muita responsabilidade com a escuta que irá prestar nessa visita do suposto paciente, se estiver ciente de que ela pode ser a única que ainda concede em ser respeitosa e atenta com o que o enfermo tem a dizer sobre si. Nesses casos, em que sua dor inespecífica já se estendeu aos mais próximos, quase mais ninguém – família, amigos ou vizinhos – parece ainda possuir a disponibilidade subjetiva para essa escuta.

Portanto, o profissional ocupa um lugar especial nesse encontro. É aquele que ainda pode escutar o paciente na plenitude de sua fala – o paciente, por sua vez, tem por meta transmitir a experiência com o que esteja provando – e ainda pode fazê-lo de um lugar onde está autorizado a ser escutado por ele. Essa posição privilegiada pode ser muito cômoda, além de necessária. É isso que se costuma ensinar como a essencial *aliança terapêutica* no processo de cura. A quebra da comodidade, por sua vez, é conhecida como quebra da aliança terapêutica e, sempre unilateral na opinião técnica¹², parece aliviar a responsabilidade do profissional pelo insucesso de seus esforços. O que pouco se considera

¹² Aqui até do mau uso do conceito psicanalítico de contratransferência é lançado mão.

talvez seja o abuso daquela autorização que permite ao profissional ser escutado pelo paciente como o portador da verdade. Abuso que o profissional costuma *performar* com maestria nesses encontros. A antecipação imaginária representada simbolicamente na cena pela compreensão num só golpe de que o profissional faz ao *destrinçar o caso sustentado no seu conhecimento* (diagnose), não destrinça o sujeito do sofrimento. Falar é uma das manifestações do ato de escutar o outro, mas apenas quando essa fala dá espaço, intervém, intercede ou interpreta o que estava ainda velado ao sujeito do sofrimento. O cuidado que deve ter o profissional de saúde no momento em que ocupa esse lugar privilegiado parece residir apenas em estar ciente do potencial incomensurável que qualquer de seus atos nessa situação – de estar autorizado a saber sobre o outro – armazena em si. Um cuidado essencial para que o *cuidado* ao paciente – com ou sem alianças – se proceda.

As cenas de formação quando co-lecionadas compreendem o tempo lógico do *ensinaprendizagem* (aquilo que leva ao saber pela transmissão *wireless*).

O cenário e a cena... na lógica do ator o cenário é essencial. Seu ato interpretativo e expressivo não pode se dar a não ser vinculado ao enquadre com o qual e a partir do qual interage para produzir o que aprendeu, o que ensaiou e proceder sua transmissão. Na lógica do sujeito, a cena é o que se torna essencial. A emergência de um sujeito, sempre referenciado e resistente ao discurso, produz um enlace no qual cria, ao mesmo tempo, a possibilidade da experiência fundante de um estilo em construção e estrutura uma possível relação de transmissão.

O contexto dos cenários de aprendizagem são amplamente problematizados quando a preocupação recai sobre a formação. Com o passar dos séculos



acompanhamos o sentido do movimento histórico que os levou do espaço público, da aprendizagem peripatética, ao privado, da Universidade. Ao que parece, estamos testemunhando em nosso tempo um novo elogio do espaço público como cenário de aprendizagem, especialmente no campo da saúde. (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, PINHEIRO; CECCIM, 2005, MACEDO et al., 2006) Acredita-se que esse lugar tem em potencial a produção de um encontro fundamental (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006) com as experiências e tradições do outro, individual ou coletivo, e com a vida, sem muitos mediadores conceituais. Desse verdadeiro (re)encontro da formação do cidadão com o espaço compartilhado com a alteridade resultariam diversos e distintos agenciamentos que trariam novas configurações públicas e referências políticas para a sociedade.

A integralidade, se assumida como eixo organizador da formação em saúde, implica que se observem, além da dimensão da atenção, as dimensões da gestão e da participação cidadã, ou seja, do aspecto político e público na formação do novo profissional. A primeira pergunta que ocorre, pertinente em sua simplicidade, poderia ser: Mas, *onde* se pode produzir tal ensinamento que contemple todos esses aspectos e potencialidades? A rapidez com que o pensamento em linguagem coloquial escolhe um advérbio de lugar para formular a pergunta guarda em si um saber. O pensamento crítico acerca dos cenários de aprendizagem ou, ao menos, a concessão da devida importância a esse tema nos debates curriculares de um programa de formação faz-se essencial.

Macedo e seus colaboradores (2006) contribuem de modo específico com a questão. Em seu trabalho procuram definir o que é um cenário e elevá-lo à categoria de analisador dos projetos de formação no campo da saúde. Para aquele grupo de pesquisadores, o cenário compreende em si a

oportunidade para docentes e estudantes rearticularem o mundo do ensino com o mundo do trabalho, este, certamente compreendido como o somatório das demais esferas, além da prática da atenção, a saber, a gestão e a participação cidadã. Os cenários, segundo os autores, são espaços nos quais se torna possível a *vivência* acompanhada de *reflexão crítica*. Por definição, são espaços em que *trabalho* e *ensino* provocam-se mutuamente numa relação pautada pelas demandas sociais em saúde e da qual deve advir a construção de um conhecimento.

Parece claro que, nos cursos de graduação, a interseção *mundo do ensino* e *mundo do trabalho* ainda é um objeto de futura conquista. Nos programas de pós-graduação como a Residência, essa aproximação do ensino com as vivências de gestão e de participação popular deveriam ser corriqueiras. Entretanto, semelhantemente ao privilégio da reflexão teórica na Academia, ocorre a prática acéfala no dito mundo do trabalho. Os cenários, portanto e de modo peculiar, devem ser construídos. Em nada se pode sustentar a expectativa de que a interseção e a articulação entre o fazer e o pensar, num espaço pautado pelos elementos que podemos recolher nos termos da integralidade, encontrem-se construídas *a priori*. A escolha do espaço físico é um primeiro passo, de suma importância, mas parcial para cumprir objetivos maiores. Se não, vejamos. As perguntas de Sacristán (apud PINHEIRO; CECCIM, 2006), essenciais à crítica dos conteúdos eleitos na aprendizagem de profissionais em saúde, podem ser rebatidas no plano da problematização dos cenários de aprendizagem escolhidos em determinado programa de Residência: Como são selecionados? Por que são considerados relevantes? Por que alguns são excluídos? A que interesses atendem e de quais culturas e concepções de saúde fazem parte?



Embora preferir a Unidade Básica da rede de saúde ao Hospital Geral como cenário privilegiado já seja uma diferença para a busca da formação pautada pela integralidade, esperar que, nesse cenário, também funcione o espaço de reflexão que convoca as teorias a aprenderem (MACEDO et al., 2006) dependerá de outras circunstâncias peculiares. As peculiaridades a que nos referimos constituem uma especificidade nova ao problema. Podemos, dessa vez, inspirar-nos livremente nas perguntas de Saippa-Oliveira e seus colaboradores (2006) para estimular um pensamento elucidativo sobre a questão: Como o conhecimento é transmitido no cenário? Que condições ele oferece para que aqueles que desejam aprender façam algo inesperado a partir do seu suposto apelo à prática e à reflexão? Como os mesmos são auxiliados a buscarem um espaço próprio no cenário de aprendizagem para construir um saber? Ao que parece, esse novo conjunto de perguntas, tomadas de empréstimo ao autor citado, supõe a necessidade do surgimento de outra espécie de aquisição para a formação do residente a qual transcende a potencialidade de refletir sobre o conhecimento outrora vivenciado em situação de formação no cenário e de saber aplicá-lo em circunstâncias distintas. A aposta em que o trabalho na rede de serviços em saúde estimule o profissional em formação a apropriar-se da realidade e despertar sua criatividade na articulação entre saberes e práticas (MACEDO et al., 2006) parece firmemente depender de outra ordem de fenômenos, contanto que lhes seja permitido tomar lugar no cenário escolhido. A construção de potencialidades, como aquelas implícitas no grupo de perguntas citado há pouco e na aposta da escolha de determinados cenários em detrimento de outros para a emergência da criatividade daquele que se encontra em formação, parece poder ocorrer, entretanto, num espaço lógico que transcende o do cenário.

Os cenários escolhidos são o palco no qual os roteiros poderão ser subvertidos em qualquer momento e os atores, por sua vez, encontrar-se-ão defrontados com a precariedade de seus recursos de atuação frente ao inesperado. A coleção que reuniu uma série de situações do cotidiano de uma Residência Integrada em Saúde parece revelar uma possibilidade de elucidar o enigma que já estava contido na singela indagação inicial pelo *lugar* em que poderia ocorrer a construção das potencialidades esperadas do novo profissional em saúde e sugeridas pelas perguntas tomadas de empréstimo a Saippa-Oliveira e colaboradores (2006). O surgimento do inesperado no cenário e sua consequência, a situação de desamparo instantâneo do sujeito da aprendizagem, produzem um fenômeno efêmero com potencial de formação. Essas novas e transitórias estruturas produzidas dentro de um determinado cenário de aprendizagem são as *cenas de formação*, que acabaram por constituir-se no elemento de interesse desta pesquisa sobre a formação em situação de Residência e a torção no discurso universitário que a rege.

Na qualidade de atores, os membros das equipes, em coletividade ou singularidade, empenham-se em suas funções, realizando um roteiro de relações com o trabalho, com o território, com o espaço físico e consigo mesmos. Todas essas relações são agenciadas, a cada momento, pelo dominante do discurso que organiza as práticas no campo da saúde. Em outro registro, em perfeita relação de simultaneidade aos acontecimentos agenciados e roteirizados no cenário de aprendizagem, encontram-se os fenômenos que provocam o inesperado, a novidade, o erro, no programa. É nesse momento que emerge a possibilidade de uma cena de formação. É digno de nota que uma emergência como essa, no contexto do cenário de aprendizagem, se puder existir como cena, cria ali uma



espécie de *mise en abîme* com efeito de formação, sem, contudo, constituir-se numa repetição reprodutora de mesmas circunstâncias.

A emergência do erro nos cenários de aprendizagem é, pois, o elemento que estrutura a cena de formação. O inesperado no encontro com os moradores do Pombal, a frustração na reunião entre as equipes de saúde da Unidade Básica e do CAPSad, a pergunta (im)pertinente do médico sobre a aprendizagem da escuta proporcionada pelo seu programa de Residência, a reação política dos residentes contra sua exclusão de certo cenário de aprendizagem, constituem, cada qual, momentos em que se entrevê o surgimento efêmero de um sujeito no discurso que organizava a formação naquele programa de Residência. O sujeito, jamais tomado aqui como idêntico ao indivíduo, é o elemento resistente ao cenário e necessário à constituição de uma possibilidade de cena de formação. Diz-se *possibilidade*, pois sua emergência, para ser efetiva à estruturação do que se denominou *cena de formação*, parece depender de sensibilidade nem sempre comum no metaespaço onde se situa a relação entre equipes, preceptores ou professores e seus residentes ou alunos. Se o surgimento não sensibilizar a necessidade do trabalho de elaboração que deve ocorrer na relação de *ensinaprendizagem* na cena de formação que naquele instante se constituiu, o que se passou, passou; torna-se apenas – e no máximo – vivência. O sujeito, emergente do cenário, cala-se, se a ele não se derem ouvidos. No melhor dos casos, podendo ser escutado no tempo lógico de seu surgimento, fala mais alto e contribui para a possível estruturação da cena que tem o potencial de construir uma nova experiência a ser realizada por aqueles que desejam aprender. A cena de formação acabou por constituir-se em um dos achados da presente pesquisa e no motivo principal

para a preferência da lógica do sujeito em relação à lógica do ator.

São poucos os recursos do neurótico frente ao evento com potencial traumático, segundo a Psicanálise: o recalque ou a dissociação. No primeiro, os elementos para a compreensão e acolhimento da cena traumática pela pessoa estão separados como que por uma barra horizontal. O que está abaixo da barra segue inconsciente até que outro evento – outra cena – venha a permitir sua emergência e torna possível a sua assimilação pela pessoa, que, só naquele momento, experiencia o trauma. O efeito do trauma, no caso do recalque, é a suspensão momentânea da barra horizontal num segundo evento que, ao reeditar o primeiro, revela um *já sabido*. No recurso da dissociação os elementos com potencial de trauma, permanecem separados como que por uma barra vertical. Ambos são acessíveis à pessoa, porém apenas em disjunção, embora ocupem mesmo nível de registro consciente-pré-consciente. O que estrutura o pensamento de Freud para mon(s)t(r)ar seu esquema para o recalque e a dissociação são os elementos associativos de representação.

O que se estrutura sob o nome de *conhecimento* pela formação universitária parece ter alguma familiaridade com esses processos psíquicos, se aceitarmos o seguinte raciocínio. Observe-se que os conteúdos e práticas supostos necessários e suficientes para a avaliação da formatura são acumulados pelos profissionais como representações da realidade que deverão ser evocadas, por associação, no momento em que aqueles forem convocados ao trabalho. É a rede de associações entre as representações do que se acumula como conhecimento estudado e o que se acumula como conhecimento aplicado na prática ou como técnica, o que pode ser acusado de falhar no contexto do problema a ser resolvido pelo profissional formado. A



compreensão desses processos psicológicos, patrocinada pela Psicanálise, permite montar uma pergunta a elucidar. Colocando-se a referência no sujeito da aprendizagem, há recalque ou dissociação do conhecimento aprendido ou construído na Universidade? Se há dissociação, por meio de qual experiência poderá suspender a barra vertical ou, se há recalque, que experiência poderá auxiliar na suspensão da barra horizontal?

Diz-se comumente que há uma dissociação no campo da formação universitária. O que se ensina entre seus muros e o que se encontra como problema fora deles parecem irreconciliáveis ao forma(n)do. É ele o primeiro a denunciar o que chama de dissociação entre a teoria e a prática. Não sobraria outro posicionamento senão a escolha de uma reflexão: ou admite-se o absurdo de que tudo o que se tem ensinado na Universidade é dissociado pelo aluno que não faz a possível ligação dos representantes da teoria na prática ou deve-se reputar o mecanismo do recalque como responsável pela ineficácia do que é aprendido para o mundo do trabalho; embora o recalque constitua-se em operação necessária para que o aluno lembre tudo o que sabe a partir de um suposto esquecimento.

A noção de *trabalho* pode ser uma saída interessante para essa questão. Com a dissociação ou o recalque, a pessoa passa a não contar com a possibilidade de um pensamento, assim como o concebemos: qualificado e associativo das semelhanças, diferenças, afirmações, negações, dúvida, juízos, categorizações e constituído de lógicas simbólicas. Não seria, portanto, da ordem de uma racionalização o esforço que romperia o fracasso associativo do sujeito da aprendizagem. Nessa condição, existe apenas a possibilidade de que um *trabalho* dos elementos pelos quais se construiu até então a formação de determinado profissional é o que lhe permite realizar seu ato frente ao

problema que lhe convoca como tal.¹³ Fora dessa hipótese, trabalhar-se-ia com a evocação de material previamente memorizado. Um caso distinto e importante, apenas se a preocupação estivesse situada na avaliação do potencial de repetição dos conhecimentos técnicos e teóricos a serem aplicados pelos profissionais em saúde.

Ainda sem respostas contundentes, torna-se possível apenas avançar aos poucos nessas questões. O primeiro avanço está em considerar que o evento com potencial de trauma é sempre algo que excede uma capacidade subjetiva. Pois bem, falava-se anteriormente dos cenários de aprendizagem como espaços de formação decisivos para a construção de potencial diferenciado para profissionais que são demandados além da técnica. Neles, há a proposição da aprendizagem fora de um recorte asséptico e controlado, da realidade. Nos cenários para a formação do novo profissional, o caso clínico construído idealmente, o estudo teórico sem a prática, a dinâmica da sala de aula e a pesquisa em que se controlam as variáveis são preteridos pela busca do ato de ensino e aprendizagem no contexto onde a vida ocorre com os seus percalços e imprevistos. E falava-se também da cena de formação, irrupção do sujeito no profissional em formação frente a uma imposição a partir do que ocorreu no cenário de modo inesperado. O que emerge como sujeito, constituindo a cena no cenário, é eloquente. Fala *na* e *pela* cena. Titila o profissional em formação de um modo tal que o convoca a responder com um *trabalho*, ainda por realizar, de sua responsabilidade, mas para o qual ainda parece não contar com recursos suficientes. O sujeito da formação desestrutura-se por um instante. Esvai-se e recolhe-se muito rapidamente em sentimentos racionalizados e autoindulgentes, ora por

¹³ Coincidentemente, o que se chamou de um *trabalho* é o que o permitiria bem *trabalhar*.



incompetência, ora por impotência, sublimados, quem sabe, pela projeção em forma de ressentimento contra as instituições que julga o terem feito assim.¹⁴

Se a tentativa de argumentação contida na última sentença for passível de aceitação como válida para o fenômeno que tentava expressar, abre-se a possibilidade de acolhimento da seguinte proposta: a cena é o que indica o instante fugaz de suspensão da barra e o que desencadeia o trauma. Em seu tempo, é o trauma que instaura a *exigência de trabalho* por parte do sujeito. Tarefa que, naquele instante, dizia-se, excede-o, na medida em que não encontra todos os recursos pela via associativa de representações prévias do seu conhecimento. O recurso virá com o tempo de elaboração daquilo que a cena lhe convocou como sujeito, com a dívida intransferível de um trabalho por realizar. Essa parece ser a melhor hipótese de elaboração de um trauma.

É bem possível que alguém responda ao evento traumático promovido pela cena de formação com o discurso da histeria¹⁵ ou com inibição.¹⁶ Esse é o momento que convoca outro tipo de trabalho por ser realizado: um ato distinto da exigência de trabalho que se remete àquele que deseja aprender no trauma, mas que também deve implicar que não se recue em lidar com o que emergiu na cena. Essa exigência de trabalho parece recair naquele que ocupa a posição de preceptor ou nas equipes em cujo seio o Residente constrói sua formação. Fora dito que as emergências, no instante do trauma na cena, são eloquentes. São os Formadores (preceptores e equipes)

¹⁴ A Universidade não é a única. A matriz familiar costuma ser responsabilizada pelo fracasso em muitos casos.

¹⁵ Fazendo o mestre trabalhar frente ao seu ato de *querer saber*, cf. esclarecimento sobre a teoria dos Discursos, p.73 e seguintes.

¹⁶ Desistindo da Residência, projetando culpados, desresponsabilizando-se da cena.



que parecem ter a incumbência e a melhor posição para escutar.

Nesse ponto da elaboração parece que foi encontrada uma tentativa de esquema que pretende avançar a partir da montagem da pergunta lançada neste ensaio. Muitos caminhos devem ser possíveis a partir disso. Incluíram-se no esquema duas ordens de responsabilizações decorrentes da emergência do sujeito da formação: uma suposta aos residentes e outra aos preceptores, responsabilizações que podem permutar com facilidade no conceito de cena. Parece estabelecido o protótipo que permitirá questionar e expressar a via peculiar pela qual seja possível ensinar o profissional em saúde. Perguntar pela via é, certamente, uma pergunta pela transmissão.

O trauma é uma repetição que permite recordar, embora venha a cobrar um trabalho de elaboração. É Freud (1976d) quem garante que o momento daquilo que se pode adjetivar como traumático é apenas o segundo; situação de reprise a um primeiro do qual a pessoa ressentiu-se da escassez de seus recursos de acolhimento simbólico. O estudo do que se chamou neste livro de cena de formação – elaboração que se impôs frente à demanda de encontrar o que, ou por meio do que, pode-se ensinar e aprender a ser o profissional em saúde que saiba proceder integralmente seu ato de cuidado – revelou uma possibilidade de pensá-la a partir do recalque e do trauma. A cena de formação é o momento de uma repetição de circunstâncias com característica de novidade, que convoca à dívida de realizar uma elaboração com o trabalho dos elementos significantes que compõem a estruturação do sujeito da formação, quando em cena.

De modo simples ou prototípico, o retorno de uma condição que reitera a escassez de recursos simbólicos e imaginários do sujeito do conhecimento, quando



surpreendido em cena, pode ser pensado como a situação problema que excede o treinamento prático ou teórico para sua solução. A vivência acadêmica exige o esforço da teorização dos problemas e o treinamento faz com que se integrem ao corpo do profissional os movimentos da técnica de cada área do conhecimento. A elaboração, trabalho sob responsabilidade do sujeito da formação a partir da cena que repete uma situação já vivenciada anteriormente¹⁷, é o processo pelo qual parece se constituir um saber. A vivência, se teorizada, leva ao conhecimento. A experiência, se *traumatizada*, deve conduzir a um tipo de posse intransferível do sujeito da formação, ao que, talvez, seja aceitável chamar de saber. *Traumatização* talvez seja o nome apropriado para o *processo de trabalho* no âmbito dessa formação.

Mas, quem participa desse processo de trabalho? É a pergunta para a qual tentarei esboçar um encaminhamento de resposta. O trauma é o retorno de uma condição que detém o sujeito e exige-lhe elaboração para sair dela. A traumatização, em nossos termos, foi descrita como o que suspende a barra horizontal do recalque, por um instante. Nesse instante, efêmero, pois que rapidamente é passível de apagamento pelo efeito racionalizante das representações do Real previamente associadas, o sujeito ainda não conta com recursos suficientes para a elaboração e acolhimento – processo de trabalho por realizar. Contar com o recurso da racionalidade é a via rápida de apaziguamento. O efeito é bem conhecido. Aquele que é convocado a responder na cena que o aprisiona, escapa de sua tarefa com grandiloquência aparente, pois o faz na verdade de modo sorrateiro, ao recitar o conhecimento de *seu* campo. Recitar é uma repetição; se repete e torna a repetir, não elabora. Já é possível entrever que, nesses casos, não há possibilidade

¹⁷ Já sabida, mas que o excedeu.

de conjugação de conhecimentos, não há interdisciplina, nem trabalho de equipe. E os discursos atuais sobre a formação integral perderiam sua maior aposta.

A traumatização é o processo de trabalho por intermédio do qual o sujeito da formação constrói um saber partindo de uma posição sem o recurso do recalque¹⁸, suspenso no momento da constituição do trauma pela cena de formação. Se for através da cena o início do trabalho de traumatização que, segundo nossa hipótese, pode levar à construção de um saber intransferível e não subtraível ao sujeito, o que pode fazer o preceptor ou as equipes responsáveis pela formação, senão trabalhar quando ela ocorra?¹⁹

O trabalho de formador do preceptor e das equipes, apenas nos casos em que se sintam convocados como tal no processo da formação, costuma proceder como tamponamento do que emerge como trauma na cena. Sob os efeitos do discurso da universidade, o preceptor ou as equipes procuram subsidiar o residente com recomendações em forma de orientação advindas de seus conhecimentos teóricos e práticos. A relação de ensino e aprendizagem reveste-se desse acordo tácito em que o formador é atraído à posição de legítimo detentor do conhecimento que parece ser a única salvação do residente em apuros. Essa configuração, comum, organiza no cenário o tamponamento da cena e, se algo é transmitido nessa

¹⁸ Figurativamente, o recalque referido neste contexto só pode ser descrito pelos seus efeitos. O processo pelo qual o profissional não encontra outro recurso a não ser repetir sem elaboração o que lhe fora ensinado na Universidade produz os encastelamentos dos campos de conhecimento ou a queixa da dissociação teoria e prática. Em ambos, o que resulta poderia ser chamado de alienação ainda aguardando a elaboração pela separação.

¹⁹ Uma das boas questões para dar seguimento a esta pesquisa e que será retomada ao final do livro.



faceta do processo de formação, é novamente o retorno, ou rebote, do recalque.

As considerações até aqui, entretanto, não indicam que os caminhos sejam excludentes, embora seja óbvia a disposição de que o formador (preceptores e equipes) deva participar e poder ocupar um lugar diferente na relação daquele ocupado no caso do tamponamento da cena, e que, assim, pode passar a ser chamada de *ensinaprendizagem*. Respondendo positivamente à força que o atrai para o lugar de *tudo saber*, o formador trabalharia apenas com o privilégio dos cenários constituídos, nos quais apostaria todas as suas fichas e reproduziria novamente neles os efeitos do discurso da universidade. Portanto, assumo que é possível desempenhar o trabalho de formador *no cenário*, transmitindo um conjunto de elementos importantes à formação teórica e técnica do profissional pelo recurso do recalque, mas que também é possível – e, quem sabe, essencial – estar sensibilizado a participar do processo de trabalho de elaboração do sujeito da formação a partir da cena, na qual o recalque é suspenso em dado momento.

A transmissão do recalque é o que leva à alienação do formando no campo de conhecimento ao qual se filiou. Não se deve esquecer a função fundamental do par dialético que formam a alienação e a separação no processo de estruturação de um sujeito. Para o sujeito da formação, parece necessário que não seja negligenciado seu tempo de alienação ao campo de conhecimentos que lhe fora transmitido. Mas para cumprir seu ato frente às demandas e desafios que o Real tem convocado a sua posição de profissional, parece que não poderá escapar de constituir um saber, novo, pelo permanente processo de trabalho de formação e no tempo da separação.²⁰

²⁰ É possível que se tenha encontrado nesse tempo o referente da torção no discurso universitário.



Há, portanto, um trabalho por realizar. A realização, embora de responsabilidade do sujeito da formação, configura um processo de trabalho do qual participam os formadores. Mas com uma participação peculiar na cena. A posição peculiar do formador é aquela que não permite o rápido apagamento da cena, sem que nada dela se inscreva. Quando há o surgimento da cena de formação na situação dos cenários de uma Residência, o que preceptores e equipes podem fazer, ao invés de apaziguar a angústia que toma conta da relação cênica com sua experiência e conhecimentos, é fazer falar, deixar expressar, valorizar o surgimento do sujeito da formação. Devem, talvez, ter a capacidade de inventar formas de expressão e vazão para que o residente elabore para si aquilo que emergiu inesperadamente como cena. Parece que essa é sua competência de formador, ao passo que esteja claro para si que a cena precisa ser escrita e não apenas atuada; e que ela talvez só venha a ocorrer em função da relação que o residente estabeleça consigo, na situação de *ensinaprendizagem*.

Supostamente, a ocorrência da cena de formação estabelece inegavelmente que algo está aí a transmitir-se. Com a suspensão do recalque, do efeito de transmissão por meio dos cabos-disciplinas acadêmicas, a transmissão talvez possa ser qualificada como *wireless*. Mas o que é (deve ser) transmitido, então?

O conhecimento é construído pela teorização das vivências. O saber, por sua vez, é construído pela traumatização das experiências que só assim podem ser denominadas a partir do instante em que a emergência na cena ocorre e o trabalho de elaboração possa iniciar.

A avaliação ainda é o melhor meio de que se pode dispor para verificar os andamentos e as variações de um determinado processo; o da aprendizagem é um exemplo. Com base nela são tomadas medidas de aprimoramento ou



manutenção, com vistas ao melhor aproveitamento daquilo que é avaliado. A quantificação costuma ser seu fim.

Ainda que em muitos tipos de avaliação pouco sejam consideradas a pertinência e a validade das quantificações, o homem comum parece satisfazer-se plenamente sempre que é brindado com um percentual qualquer ou um valor numérico absoluto em determinada escala arbitrária, nas respostas que lhe são dadas sobre aquilo que quer tomar conhecimento.²¹ É perfeitamente claro, entretanto, o fato de um algarismo, mesmo quando investido de valor absoluto ou relativo, nem sempre satisfazer como termo de avaliação, em certos casos. Para avaliar a frequência e o acúmulo de conhecimentos de um aluno, o professor pode contar com porcentagens e notas representadas por algarismos. Para avaliar a compreensão ou o grau de elaboração de uma resposta descritiva, também se pode valer de conceitos representados por letras do alfabeto; e, nesse caso, a lógica não muda em relação à do algarismo. Para avaliar os efeitos que um determinado processo de formação está tendo, teve ou terá na vida laboral ou de relação de um dado aluno, pouco parece servir, contudo, os algarismos ou letras do alfabeto, por mais sentidos que lhes possam ser atribuídos.

Os critérios de avaliação dos efeitos subjetivos que os mais variados processos de aprendizagem podem desencadear costumam não fazer parte dos boletins de desempenho do aluno. O motivo dessa ausência não é uma opinião consolidada sobre a pouca importância desses

²¹ Qual seria, afinal, o motivo essencial do apaziguamento da dúvida de um indivíduo que se satisfaz quando lhe é dito, por exemplo, que há 20% de chances de que chova no período de suas férias de verão, 25% de chances de escapar vivo de uma cirurgia, que, numa escala de zero a dez, ele se encontra no nível oito de ansiedade ou que a cada dez pessoas, três são portadoras de um vírus contagioso e letal, em determinada região?

efeitos de uma formação, principalmente se for considerado com seriedade os objetivos que se pode ler em qualquer projeto pedagógico de qualquer proposta de formação, que não seja a de um curso técnico ou outro cuja meta é apenas adicionar determinada habilidade instrumental. O motivo é encontrado na impossibilidade lógica da utilização de indicadores e conceitos clássicos da avaliação quantitativa nesse tipo de avaliação.

Outro problema da avaliação de efeitos é a condição colocada pelo tempo. É necessária certa duração do tempo para que o efeito provocado por uma formação possa ser sentido. Entretanto, a avaliação dos efeitos de uma formação corresponde a uma necessidade ética. Por exemplo, a proposta de uma formação em regime de Residência, que pretende formar profissionais em saúde com certas habilidades distintas das que foram obtidas pelos dispositivos do discurso universitário, deve procurar descobrir o meio e a forma que permitam aos avaliadores ter acesso aos documentos da presença dos efeitos esperados com tal projeto de formação. Em caso contrário, apenas se avalia uma suposta capacitação após o empilhamento de novos conhecimentos e técnicas.

A convivência com Residentes no cotidiano de sua formação permitiram-me presenciar inadvertidamente ou mesmo ler relatos adicionados de livre vontade em avaliações formais do curso, que me pareceram constituir-se em exemplares de indicadores possíveis dos efeitos que a Residência havia lhes proporcionado. Juntou-se, portanto, àquela atitude da residente que solicitou um tempo na reunião de sua equipe para ler um trecho de um livro especial que falava por ela.²² (a) as avaliações escritas referentes aos conteúdos trabalhados no Currículo Integrado – nelas, os

²² Referência à parte final do ensaio “Um residente médico pergunta”, p.94-95.



residentes eram convidados a escreverem suas experiências de trabalho até então, articulando os conceitos estudados e tendo como inspiração o oferecimento de outro texto; (b) o depoimento espontâneo de outro residente, durante a festa do seu próprio casamento, sobre as mudanças de perfil que constatara em si próprio como profissional; (c) os escritos, endereçados aos preceptores do Currículo Integrado, que excediam a tarefa solicitada de avaliar como havia sido o processo de aprendizagem naquele dispositivo. Desse último tipo, trago o trecho abaixo, escrito por uma Residente da ênfase da Saúde da Família e da Comunidade:

[...] na etapa final desta vivência, que foi a Residência, e ao pensar sobre como efetivar esta avaliação, relembro como tudo começou. De tudo o que estava escrito no edital, o Currículo Integrado era algo que eu não imaginava existir, e posso afirmar que é a melhor parte dessa formação. No primeiro encontro, lembro bem dos conceitos que estavam sendo falados pelos facilitadores e convidados, e ali fiz minha primeira reflexão, será que eu um dia vou conseguir falar assim, com tamanha propriedade sobre minhas vivências e sobre os conceitos do SUS que acredito?

Passados quase dois anos, a resposta é positiva, uma vez que consigo falar com maior propriedade os conceitos estudados e colocá-los em prática, se não todos, a maior parte deles. Mesmo tendo todo um ganho maior, isto já bastaria para me sentir bem ao término deste processo (trecho final da Avaliação de Processo do CI por uma Residente de SFC).

O conjunto das situações em que, por alguma circunstância, foi permitido ao residente expressar algum

elemento de sua experiência percebida, remeteu-me a pensar sobre as características comuns desses surgimentos. Em minha lista depurada e, portanto, curta, fazem parte os seguintes termos: espontâneos, criativos, transcendentais e endereçados. Espontâneos, porque surgiam de modo inesperado e, mais frequente, em momentos distintos àqueles, raros em programas de Residência, em que premeditadamente se abre espaço para que o Residente exponha algum sentimento sobre o curso de sua formação. Criativos, pois até mesmo em forma de poesia foram realizados. Transcendentais, por serem enunciados sempre em situações além da tarefa solicitada ou, aparentemente, além da vontade do sujeito, que se emocionava ao expressar-se. Endereçados, por serem remetidos, sem exceção, ao acolhimento do outro.

Todas as expressões, como no exemplo acima, dão conta de uma mudança para a qual o sujeito implicado necessitou encontrar um meio, escrito ou falado, de construir e tornar pública uma experiência atingida que o modificou. Nem todas as expressões dos residentes foram essencialmente narrativas. Mas todas guardam em si o valor documental de um testemunho. Se for concedido pelo leitor o fato de essas expressões possuírem o caráter de um documento, podemos chamar a cada uma delas de um legítimo *testemunho*. Testemunho de uma modificação significativa e especial para si.

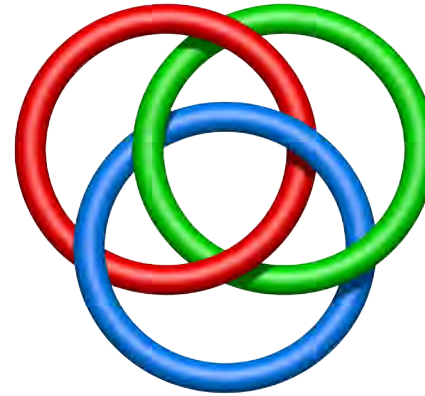
Uma avaliação precisa de um documento que lhe dê valor. A avaliação dos efeitos de uma formação pode ter a mesma estrutura de um testemunho. E o seu valor formal, como seria admitido, visto que se trata de uma avaliação? Resta saber se o preceptor ou a equipe, frente ao testemunho da experiência do seu Residente, vá ocupar o lugar do avaliador ou da testemunha.





REABERTURAS

em três pontos finais



FORMAÇÃO DE UM (P)RECEPTOR

*"[...] cada um tinha apenas que se
confrontar com o seu desejo, o que não é
tão mal assim como formação."
(Christian Simatos. In: Quartier Lacan)*

Chego ao final de uma partida. E isso pode ser lido, sem prejuízo de compreensão, como o instante derradeiro de uma elaboração, como o último lance dos embates com alguma alteridade, que a tornou possível.

Antes de colocar idéias no papel, aquele que escreve pode hesitar por muitos anos, alguns, quem sabe, por uma vida inteira, à espera da elaboração mais madura ou definitiva. No entanto, suponho que a urgência do escritor, provocada por aquilo que lhe concerne, seja outro dos condicionantes do ato de escrever que, por seu turno, impele-o a não retardar mais sua efetivação; e assim antecipa a realização da escritura, ainda que sob pena de não contar com o suposto benefício do tempo. Por outro lado, o tempo para o amadurecimento das idéias, que levaria o escritor a ser decisivo e, quem sabe, definitivo, é sempre uma aposta. Pode que nunca baste para tanto. E o seu limite, no fim das contas, acaba sendo arbitrário.

O que foi formulado até este ponto do livro são realizações decorrentes das duas ordens de circunstâncias. Há, nela, produtos amadurecidos no decorrer de um bom tempo e há daqueles gerados na necessidade da conclusão de sua elaboração. É dentro dessa perspectiva, referida à natureza do objeto trabalhado e à escolha do tratamento adequado para lidar com a peculiaridade do material da coleção do pesquisador, que o modo de construir e transmitir a experiência desta pesquisa deu-se pela via dos ensaios *do* pesquisador. Ênfase a conjunção de preposição e artigo, que denota pertencimento, para marcar uma característica dos ensaios que compõem este trabalho – característica atribuída aos escritos ensaísticos de modo geral que, entretanto, foi-se tornando escassa com o transcorrer da história. A partir da modernidade, a exposição subjetiva recolhe-se cada vez mais à esfera privada e os ensaios *de* dão lugar aos ensaios *sobre*.

Na primeira parte do livro, os ensaios correspondem à forma de tratamento dado às cenas de coleção. Os ensaios da segunda parte compreendem a produção concisa e fragmentária, condicionada pelo enquadre do campo constituído pelos primeiros ensaios. Ambos não são imparciais e descritivos como poderia ser desejado por uma interpretação equivocada da posição de Adorno (1986), que atribuiu aos ensaios a característica de uma forma de escrita que produz a partir de uma proximidade distante o suficiente do seu objeto, para não transfigurá-lo em demasia com conceitos e representações. Nos ensaios, isso não é excludente ao posicionamento do autor, na medida em que guardem uma parcela da característica de serem, também, ensaios *de*.¹ Assim sendo, do mesmo modo que

¹ A observação e a descrição perfilam-se como características da *crônica*. O ensaio define-se mais pela alma do que pelo corpo. (FISCHER, 2009, p.112) Na sua tese de doutorado, Fischer (2009) realiza uma rigorosa diferenciação entre a *crônica* e o ensaio. Afirma que o

a coleção traz a marca do colecionador (BENJAMIN, 2007), os ensaios trazem a do pesquisador.

Mas qual foi a posição do pesquisador? De que proximidade foi afetado pelo seu objeto? Essa é uma análise das mais importantes, pois remete ao método empregado na pesquisa, mas é, talvez, das mais difíceis, no caso de apresentar-se agora uma tentativa de resposta, por ser forçosamente uma autoanálise. Aquele que contempla um elemento do planeta em que vive, ainda que dele esteja muito distante, não tem como afirmar seu movimento vertiginoso de rotação.

A primeira afirmação, entretanto, é fácil de ser formulada: o desejo do pesquisador passou longe de qualquer tentativa de manter a suposta neutralidade de um puro observador, pois isso sempre lhe pareceu uma impossibilidade, desde que fora apresentado aos métodos *científicos*. As pesquisas com o vírus ou com a matemática estatística podem contar com o distanciamento do pesquisador, mas como distanciar-se do ser falante quando ele lhe dirige a palavra?

Outra afirmação, segura de ser feita, diz respeito à posição de um profissional que pauta seu ato pela escuta psicanalítica no trabalho solitário ou em equipe, seja nas questões da atenção, da gestão, da formação ou de qualquer atividade em que co-labore. É pela tentativa de instaurar o discurso do analista nas situações em que se fez presente que o pesquisador se empenhou em posicionar-se como causa do desejo, no lugar do morto.²

ensaio depende da participação da experiência do autor e da narração que convoca a participação do leitor, ao passo que, na *crônica*, o autor limita-se à descrição a partir de sua observação do mundo. *O ensaio mobiliza, convoca ao palco da leitura as forças obscuras e radicais que todos temos enterrados em nós. O ensaio nos humaniza.* (FISCHER, 2009, p.107)

² Remeto o leitor ao ensaio intitulado *Um paciente difícil...*, p.130 e

Vamos agora às afirmações mais delicadas. Durante a fase de montagem da coleção, a posição do pesquisador foi a de quem acompanhava o cotidiano da Residência a exemplo de um colega que compartilha um trabalho a realizar, seja como colaborador, seja como facilitador.³ Os ensaios produzidos como tratamento expressivo das cenas de coleção trouxeram consigo o espanto e a admiração do pesquisador, que colecionava emergências do sujeito no processo de formação daquele programa de residência multiprofissional em saúde. Na sequência do desenvolvimento do livro, encontra-se o fruto da reflexão sobre a coleção: as idéias mais genuínas, o que pensa e como se apresenta o pesquisador frente às exigências de seu trabalho.

Há uma precisão a ser feita neste ponto. Aumentando ao máximo a regulagem de contraste, a melhor nitidez atingida deixa entrever que o pesquisador também perambula, no campo de seu trabalho, investido de um lugar construído pelo discurso que organiza a formação naquela Instituição. A esse lugar, que sugere o cumprimento de certas funções, é dado o nome de *preceptor*. O pesquisador, no seu campo de interesse, também ocupou a posição do Preceptor.

Por tradição advinda dos programas de residências médicas da Instituição em que foi realizada a pesquisa, aqueles que se tornariam responsáveis diretos pela formação dos Residentes do programa multiprofissional também foram chamados de Preceptores, embora em

seguintes.

³ Facilitador é o termo pelo qual se denominam os preceptores que trabalham no Currículo Integrado com os grupos multiprofissionais de Residentes da ênfase de SFC. O facilitador tem a característica de tentar escapar do lugar do mestre que detém a verdade em seus atos de enunciação. Ver ensaio “Construção clínica de caso...”, p.133 e seguintes.

outros programas o nome dado ao detentor dessa atribuição possa ser diferente. Portanto, no momento da publicação da Portaria Interministerial⁴ do Governo brasileiro, que tornava possível o estabelecimento de uma Residência Integrada em Saúde no GHC, alguns dos funcionários do SSC tornaram-se Preceptores, responsáveis pela formação, além de suas atribuições na atenção em saúde.

A palavra *preceptor* designa o indivíduo que precedeu outro em determinada tarefa ou posto. É um lugar a ser ocupado, portanto. E ocupado por alguém que teve uma experiência passada com aquilo que o residente deverá, a seu turno, provar. Contudo, caberia perguntar, o que autorizava cada um dos profissionais escolhidos para iniciarem um trabalho de preceptor a ocuparem esse lugar? Sem dúvida, havia uma precedência do funcionário em relação ao futuro Residente, manifesta no número de anos a serviço daquela instituição.

Neste ponto da exposição, o leitor já há de convir que uma Portaria do Governo acompanhada da nomeação interna à Instituição são condições necessárias, mas nem sempre suficientes em si. No momento da instauração da RIS, o lugar de *Preceptor* só poderia ser estruturado num registro imaginário.⁵

Investidos como Preceptores, foram lá, os profissionais em saúde e funcionários daquele serviço, ensaiar sê-los. É assim também que acontece com o recém-formado, que, ao receber o documento de certificação profissional, recém inicia a busca da qualificação que, paradoxalmente, o diploma já havia anunciado. A insegurança que faz o sujeito da formação hesitar, quando convocado a responder com

⁴ Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005.

⁵ Do mesmo modo como é estruturada outra produção imaginária do discurso universitário: a formatura. Ver também nota de rodapé nº. 18, p.108.



seus próprios recursos frente ao Real de seu ofício, é um produto do ressentimento da falta da consistência simbólica de sua nomeação.

Será que, em relação às nomeações profissionais, existe uma espécie de ordem que pode ser representada pela expressão “*primeiro se anuncia, depois se enuncia*”? Ou será mais justa a parcimônia segundo a qual deveríamos aguardar até o momento em que um sujeito possa enunciar-se pública e politicamente como tal, para só então conceder-lhe a nomeação profissional?⁶ Neste caso, novamente a urgência, herança da modernidade, parece impor que não se possa fruir de um passar lento do tempo. O próprio discurso universitário o organiza em exiguidade. A graduação tem sido encurtada em número de anos; hoje, é possível anunciar-se como profissional pelo diploma obtido em um par deles. As pós-graduações, também. As próprias Residências em Saúde, realizadas tradicionalmente em dois anos, já se fazem muito demoradas aos olhos da Gestão, que acaba encontrando a saída para sua urgência governamental, intervindo no registro da Educação e produzindo formação em massa e à distância.⁷ As urgências da subjetividade do homem contemporâneo, de ganhar dinheiro para sua subsistência como organismo vivo e como sujeito social, impõem que o início de sua produtividade ocorra nos ciclos vitais mais prematuros possíveis.

No fim das contas, parece que não há mais condições para esperar a honesta enunciação de um sujeito como profissional ou como capaz de sustentar seu ato público como prestador de algum serviço. Então, o que dá sustentabilidade à prática profissional, além da nomeação

⁶ O que parece mais honesto e louvável, em primeira análise.

⁷ Esta é uma alusão direta aos programas de capacitação em massa para profissionais da saúde promovida pelos Ministérios da Saúde e da Educação, durante o segundo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva no Brasil.



e do diploma? A aposta, de todas as fichas, parece estar situada na aquisição de uma técnica. O profissional de nossos dias é aquele que reproduz, com habilidade e habilitação,⁸ uma técnica baseada em evidências e, de preferência, eficaz.

Não parece ter sido à toa que os gestores do programa da Residência em questão responderam às inquietações daqueles escolhidos para ocuparem o lugar de Preceptores, quando se sentiram incapazes de algumas de suas atribuições, com uma série de propostas de capacitação. Uma das primeiras fora sobre metodologia da pesquisa científica, para que pudessem orientar seus Residentes no trabalho de conclusão;⁹ e foi-lhes ensinado técnicas de pesquisa. Assim ocorreu, sucessivamente: a cada manifestação queixosa da incapacidade de ser Preceptor, um curso rápido de capacitação.

Não se considera que aquelas queixas constituam-se num demérito, visto que possam ser o primeiro passo da construção de uma verdadeira demanda de formação por parte dos queixosos.¹⁰ Ao menos um fato, aparentemente insofismável, destaca-se: os Preceptores também se encontravam em formação, a despeito de sua nomeação.

Chega-se ao primeiro ponto final deste trabalho. O último dos ensaios da terceira parte do tríptico encerrava com uma pergunta remetida àquele que tem a incumbência de acompanhar de perto o Residente em seu processo de formação.¹¹ Indagava o lugar subjetivo do Preceptor no

⁸ Sem habilitação, nem a técnica salva.

⁹ Na medida em que todo residente e todo preceptor é um egresso da universidade, não soa estranho que nem um nem outro tenha sentido familiaridade na elaboração de um dispositivo, por excelência, universitário: a pesquisa com método científico?!

¹⁰ Neste aspecto, vale muito à pena colocar em análise a escuta de uma instituição: à demanda de formação, respondeu-se com capacitação.

¹¹ P.247.



momento em que precisava fazer uma escolha, quando convocado a reagir frente às produções do processo de formação dos Residentes. Assim como essa, é possível encontrar ao longo do texto muitas questões que, afinal, são endereçadas ao Preceptor, ao seu papel, ao seu ato, à sua posição. Condição que sugere continuar interrogando o lugar e o ato do Preceptor.

Por mais que as estratégias de capacitação técnica para os Preceptores suponham atingir a homogeneização das habilidades desse público-alvo, visto que se ocupam em definir aspectos pedagógicos apropriados¹² e condizentes com as hipóteses cognitivas a respeito do intelecto humano, há sempre um elemento supostamente excluído dessa orientação, que produz efeitos diferentes de preceptoria. E cada Preceptor acaba realizando seus atos de modo singular, insubmisso aos modelos e, por conseguinte, incontrolável para as estratégias de determinação. Estratégias que decidem qual é a boa conduta em cada caso, estabelecendo a medida do julgamento ao prescreverem *como* o bom orientador *deve* agir em cada um dos âmbitos arbitrariamente privilegiados de sua tarefa de orientar e formar.¹³

No entanto parece pouco controlável, a despeito das recomendações e do acúmulo de capacitações que tenha em seu currículo, que Preceptores ou orientadores da formação em certo programa de Residência realizem seus atos a partir das mesmas hipóteses. Alguns os realizam evidentemente do lugar do mestre, que se empenha em

¹² O acirramento da crença nesses aspectos da capacitação de profissionais, adultos, forçosamente, parece ser o elemento decisivo que gerou a necessidade de diferenciar o modo pelo qual eles só podem aprender sendo-lhes respeitada a condição de adulto, e criam-se novas elaborações, sob o nome *andragogia*, em oposição ao ex-genérico pedagogia.

¹³ Como exemplo, ver as propostas de Fernandes et al. (2007).



transmitir o saber total que julga deter. Também podem fazê-lo como um herói trágico, que não mede esforços ou riscos para mostrar sua atuação no campo de trabalho, na expectativa inconsciente de servir de modelo ao Residente. Outros, quem sabe, como o companheiro tão presente e sensível que acaba por proteger o Residente de todos os sofrimentos e perigos, transmitindo-lhe mais sua afeição e empatia do que qualquer outra coisa que o auxilie a assumir limitações ou a andar com suas próprias pernas.

Quaisquer das posições rapidamente listadas acima¹⁴ correspondem a uma espécie de empuxo ao lugar fantasmático que uma emergência do sujeito deixa à mostra, quando imerso no discurso que organiza a posição de Preceptor. Qualquer que seja a direção do empuxo, aos lugares fantasmáticos da mestria, do narcisismo ou do exercício da função materna, ao acompanhar o Residente, o Preceptor pode acabar roubando a cena.

A *cena de formação* é uma das propostas privilegiadas neste livro. Nela está articulada uma série de elementos fundamentais a uma formação da qual se espera profissionais capazes de ações comprometidas com os singulares projetos de vida dos seus pacientes; o que excede em muito o domínio puramente técnico. Na cena de formação, está dada a condição de constante desamparo do profissional frente às demandas que transcendem seu conhecimento. Está, também, o que se propôs chamar de *traumatização*: uma repetição com efeito de construção subjetiva que pode ser o momento privilegiado da produção significativa inovadora, da invenção que leva ao estilo; isso, se não for tamponada com sentidos e ensino de técnicas padronizadas ou simplesmente calada por não haver um dispositivo que permita o acolhimento dessa experiência. Na cena de formação, está também presente

¹⁴ Pode haver inúmeras outras.



o endereçamento do sujeito da formação ao Outro, muitas vezes investido no Preceptor, na Equipe ou na Instituição.

A cena de formação, ainda, inclui a hipótese da torção no discurso universitário. As evidências presentes na cena de formação parecem constituir indícios de elementos que comumente escapam à atenção das principais hipóteses sobre o aprender, seus dispositivos, bem como das propostas de formação integral. Aliás, é por conta desse adjetivo que muitos equívocos se estabelecem, e a *integralidade* – conceito nuclear da elaboração da pesquisa – acaba sendo traduzida em termos de acúmulo, de adição, de capitalização dos diferentes conhecimentos ou informações do campo da saúde, em nosso caso. Mas o que promove essa torção que escava um espaço para o ensaio e a invenção dentro do próprio discurso citado, ou seja, para a instauração de um novo enunciado a partir da possibilidade de enunciação?¹⁵

Uma resposta definitiva carece de futuras pesquisas com esses achados. A linha de raciocínio seguida neste trabalho indica que os focos de questionamento futuro possam ser o instante de emergência da cena de formação e o tempo posterior ao seu surgimento. A possibilidade de torção do discurso não pode ser suposta *a priori*, não parece poder ser premeditada. Dá-se, entretanto, a partir do instante em que se estrutura a cena. Para que seus efeitos possam ser colhidos e trabalhados é preciso um dispositivo, uma escuta ou qualquer gesto que abra espaço de fala, de expressão do Residente como um esforço de elaboração daquilo que está ali apenas como potencial de trabalho para a formação.

Outro aspecto digno de destaque é a hipótese da

¹⁵ Cf. texto de apoio, p.73-76, para familiarização com o dispositivo do discurso universitário e a elaboração da hipótese da torção interna a esse discurso que recoloca S1 no lugar da produção.

inclusão da singularidade das emergências do sujeito, como elemento importante para o trabalho da formação a ser realizado a partir da cena. O objetivo de tal proposta chega quase à obviedade, pois de modo algum se pode refutar que exista influência da singularidade subjetiva de uma pessoa na sua formação, quando defrontada com os dispositivos de um curso técnico, do ensino fundamental, do ensino superior ou de uma Residência em Saúde. Cada pessoa vai manifestar contentamento ou horror, subordinação ou insurgência, apreço ou desdém, gratidão ou indiferença pelas condições físicas, pelos professores e pelos demais dispositivos da instituição formadora, de acordo com a emergência de sua condição subjetiva frente a ela. O que não se faz óbvia e nem comum, contudo, é a proposta de atribuir importância decisiva a esses fenômenos no contexto da formação.

Não é demasiado voltar a lembrar ao leitor que isso se torna uma preocupação essencial, na medida em que se exige do profissional em saúde uma potencialidade e qualificação que o permita, ao lado da fria técnica, demonstrar o calor humano em suas atividades profissionais, solitárias ou em equipe. Ou seja, a atuação profissional para a qual necessita ser preparado, segundo a proposta de humanização e integralidade do ato de cuidado em saúde, não se sustenta bem com aquilo que os efeitos do discurso universitário – que o conduz à repetição doutrinária do conhecimento da área a qual se filiou – proporcionam. De acordo com o espírito das discussões atuais sobre o perfil do profissional em saúde, parece irreversível a expectativa segundo a qual a capacidade a ser atingida na formação seja aquela que reúne os principais elementos do conceito de cuidado em saúde. Parece claro, por sua vez, que essa capacidade está em grande parte além ou aquém – pouco importa – da técnica padronizada pelas evidências científicas ou



dos últimos achados de uma suposta teoria consensual e redentora. Por coerência, é preciso afirmar que aquilo que se deseja da formação desse profissional não é, em verdade, apenas uma capacitação ou uma especialização, pois lhe é exigido – também – dominar práticas para as quais não há uma técnica. Há um saber. Um saber-fazer.

A tentativa de diferenciar saber e conhecimento¹⁶ permite intuir que os objetivos da nova formação pretendida para o profissional em saúde implicam uma diferença de posicionamento conceitual dentro do campo da educação superior. Construir um saber, uma nova possibilidade de enunciar-se, como dito anteriormente, depende da entrada em cena da posição subjetiva do Residente no contexto das propostas e dispositivos de formação. Posição revelada pelos gozos, pelos atos intempestivos, pelas paixões, pelas filiações, pelos padecimentos, enfim, pela sua sintomática referenciada na formação que escolheu. Sintomática que contém em si os elementos intervenientes e não mais descartáveis do processo de formação. Por conseguinte, essa sintomática deve poder ser acolhida e tratada no programa de Residência.

Desafortunadamente, mesmo quando se aceita, ou se intui, que os elementos singulares da subjetividade do Residente tenham efeitos em seu aproveitamento nas atividades curriculares, nenhum dos dispositivos produzidos no contexto do discurso universitário – sem a torção – pode acolhê-los. Toda tentativa de dar tratamento e consideração às emergências do sujeito no contexto das formações do discurso universitário é frustrada, por não haver espaço para os modos de proceder ao ensino e à avaliação que não se suponham aplicados rigorosa e indiscriminadamente a todos. O tratamento aos sujeitos daquele discurso não

¹⁶ Cf. Ensaio Um resid médico, p.77.

considera o singular e, por conseguinte, sempre o faz de modo burocrático.¹⁷

A chance de escapar do ato burocrático de tratamento dos sujeitos da formação é a possibilidade do estabelecimento de uma escuta atenta e interessada nas emergências singulares e subjetivas manifestadas pelos Residentes. Emergência que não escolhe lugar ou tempo para manifestar-se, embora se possa crer que haja momentos privilegiados para que ela ocorra, como os de estudo teórico, de reunião da equipe, de apresentação de situações-problema, de atuação no território, de coordenação de um grupo terapêutico ou de educação em saúde. Ao contrário do que se possa avaliar, o instante da emergência subjetiva acontece em grande frequência no cotidiano de trabalho em uma Residência. Esse argumento, se aceito, permite abordarmos o segundo ponto final.

A cena de formação estruturou-se como um recorte significativo dos espaços cotidianos de um programa de Residência em Saúde. Uma emergência subjetiva com potencial de formação. Constitui, pois, o tempo lógico de aprendizado que ainda carece de elaboração e que, por ocorrer em momentos privilegiados do próprio currículo do programa, organiza-se, portanto, dentro do contexto de formações do discurso universitário. Por conseguinte, detém em si o potencial de administrar uma torção interna àquele discurso. O resultado da torção é a produção de um novo significante que pode representar o sujeito no discurso.¹⁸ O seu efeito é a possibilidade de uma nova enunciação que, sem dúvida, constitui uma importante aquisição simbólica com efeitos subjetivos transcendentais

¹⁷ Cf. comentários sobre os efeitos do discurso da universidade, segundo a construção lacaniana.

¹⁸ Reportar-se à representação do discurso universitário com a torção na p.115.



na vida de cada um.¹⁹

Uma nova enunciação, enfim. Pergunta-se: Em que elementos dentre aqueles organizados pelo discurso universitário (por exemplo: sala de aula, laboratório, trabalho teórico ou de campo, avaliação de conteúdo, porcentagem de frequência, direção, secretaria, bolsa de estudo, pesquisa, *Google Scholar*, artigo, revista científica, mesa-redonda, fórum, jornada, simpósio, congresso, entre tantos outros) podemos encontrar legítimos espaços de enunciação singular do aluno? Em todos os listados acima – poderia responder o leitor interessado e atento. E a resposta seria muito bem-vinda no contexto desta argumentação, embora pudesse ser retocada com um pequeno ajuste: em todos os dispositivos produzidos pelo discurso universitário pode haver a enunciação singular, mas apenas como potencialidade e possibilidade. A potencialidade é a da torção e a possibilidade – a chance – está naquilo que se denominou cena de formação.

O terceiro e último ponto final deste livro irá retomar alguns aspectos do primeiro e, em parte, o problema da falta de lugares de enunciação. A pergunta inicial sobre qual fora a posição do pesquisador trouxe ao foco o lugar do

¹⁹ Cabe, aqui, um comentário paralelo: a proposta da torção no discurso da universidade traz como efeito principal a produção de novos significantes-mestre (S1). Note-se que, mesmo sem o efeito da torção, o graduando formado nos contextos organizados por esse discurso instaura para si um novo S1 no dia de sua colação de grau (passa a ser reconhecido como um médico, um enfermeiro, um jornalista etc.). No entanto, cabe lembrar que aquilo que dá consistência a esse novo S1, instaurado evidentemente no seio do discurso da universidade, se situa mais no registro imaginário, como já discutido a respeito do diploma ou da nomeação institucional. É, entretanto, uma *verdade* (observar o lugar de S1 no discurso em questão), uma nomeação aceita no laço social. Mas uma verdade que sustenta o sujeito pelo saber atribuído a sua corporação. O que se busca neste trabalho, entretanto, é a marca de uma formação que dê consistência suficiente para que um profissional possa sustentar seu ato por si e com a singularidade do seu estilo.



Preceptor. Um passo adiante estabelece outra problemática: Qual o ato que faz do profissional, que realiza seu trabalho no mesmo campo onde se dá um programa de Residência em Saúde, um Preceptor?

Já se argumentou que a nomeação institucional é suficientemente necessária, mas não necessariamente suficiente para tal passagem. Qual é, entretanto, a atuação do Preceptor, no que diz respeito ao que é de sua responsabilidade junto ao Residente sob sua orientação? A própria pergunta parece conter em si os termos que indicam a resposta mais imediata, a saber, *responsabilidade e orientação*. Supondo que a condição de Residente impede que lhe seja imputada pela instituição em que se desenvolve como profissional toda a responsabilidade acerca de seus atos, ao Preceptor cabe a tarefa da *supervisão*.

O modo como cada Preceptor encara a responsabilidade de responder pela formação dos Residentes sob seus cuidados faz com que a supervisão se efetive sob diferentes premissas. Observando a distância, pode-se concluir que é desse fato que parecem resultar os procedimentos distintos, peculiares a cada um na relação de aprendizagem que entabula com o Residente. Entretanto são distintos apenas em aparência, pois, embora os modos de supervisionar culminem no estabelecimento de relações diferentes entre orientador e orientando, um olhar mais aproximado deixa entrever a suposição sempre da mesma hipótese na situação de supervisão: o supervisor sente-se convocado a orientar os procedimentos e atitudes do residente com base na sua suposta experiência, que ganha contornos de verdade sobre o objeto da supervisão. Aquele que supervisiona sente-se convocado a indicar o caminho correto e seguro para que o Residente aprenda ao reproduzi-lo²⁰ reiteradamente.

²⁰ A forma verbal *reproduzi-lo* já supõe que a supervisão também



Quando da supervisão, o mais comum é flagrarmos o supervisor observando a atuação do aprendiz ou escutando seu relato – que tanto pode vir na forma de uma tentativa de repetição dos termos que ouvira do paciente, da narração do que acontecera ou do que pensara enquanto realizava o atendimento, bem como na forma de queixa, por não saber como deverá proceder para não errar. Em contrapartida e de modo geral, é assim que procede o supervisor: observa, escuta a dúvida que angustia o Residente e demarca o caminho da solução do problema, apoiado na teoria, nas evidências ou na sua experiência pregressa.²¹

Embora os núcleos profissionais da área da saúde tenham suas particularidades, o padrão do que acontece no momento da supervisão é semelhante. No núcleo da medicina o Residente pode atender seu paciente sem a presença do Preceptor, que pode ser consultado ou até mesmo intervir durante a consulta, se assim julgar necessário. Mesmo com variações – pois depende de como o supervisor encara o ato de ensino – a supervisão consiste do momento em que o Preceptor ensina os caminhos e as atitudes corretas para solucionar o problema. No núcleo da enfermagem, acontece algo semelhante e, assim como na medicina, ainda existem para serem aprendidos os procedimentos que requerem determinadas técnicas, como: aplicar injeções, coletar material para exames, fazer curativos, dentre outras que requerem habilidades específicas, além de conhecimento teórico e informação. O residente da odontologia também é supervisionado da mesma forma e, grosso modo, mesmo naqueles núcleos

pode figurar na lista feita anteriormente acerca de alguns dos produtos do discurso universitário.

²¹ Há também o sentido da supervisão como observação e avaliação do trabalho daquele que é supervisionado, embora esse tipo de supervisão seja mais comum ao campo gerencial de controle da atuação e da produtividade do trabalho, o que não exclui que exista também como procedimento no contexto enfocado.

profissionais que, em suas atividades, guardam diferença em relação aos procedimentos físicos no corpo dos pacientes – como os do serviço social e da psicologia – as supervisões possuem característica semelhantes a dos procedimentos anteriores.

Com isso, é aceitável admitir que o supervisor acabe sempre atuando do mesmo modo, quaisquer que sejam as particularidades do trabalho em cada núcleo profissional. Fá-lo de um lugar específico em relação ao Residente que, por seu turno, supõe-lhe ser detentor de uma verdade. O supervisor, quando investido desse lugar, está fatalmente convocado a dar uma resposta. E parece dar sempre a mesma: a solução para o problema que o Residente lhe remete.

Remete-se, desta feita, ao leitor, um pedido de reflexão sobre a última expressão: *a solução para o problema que o Residente lhe remete*. O que o supervisor pode pensar que seja a solução do problema que lhe é remetido pelo Residente? De que maneira pode ele ler o *problema que lhe é remetido pelo Residente*? Considerando-se o que foi afirmado há pouco, a leitura que naturalmente o supervisor faz parece ser aquela que lhe convoca ao dever de indicar uma *solução para o problema* e, assim, transmitir sua experiência ao Residente. Segundo a lógica estabelecida, a partir das supervisões o Residente passa a ter condições de praticar essa experiência, reiteradamente. Desdobrando ainda mais a questão, perguntar-se-ia: Mas o que é o *problema* em cada caso para o qual se demanda – ou se obriga – a supervisão? Será sempre aquilo que vem na forma de queixa no pedido de cura feito pelo paciente ao Residente? Ou será sempre, por conseguinte, o pedido do Residente para que lhe seja revelado um *modus operandi* para que sua intervenção tenha sucesso? Ou será que o *problema*, pode se apresentar diversamente? Que sejam tentadas, pois, outras leituras.



O problema que o Residente traz à supervisão tem como essência uma castração. A castração de não saber como fazer, de hesitar pela falta de certeza ou destreza. Nos casos em que possa contar com a segurança do protocolo de intervenção, enfrenta a mesma castração ao perceber que determinadas circunstâncias não aceitam generalizações. A reação de cada um, quando defrontado com a castração, é um espetáculo bastante variado. Vai da motivação em seguir trabalhando à inibição ou à desistência. Todas elas, manifestações diversas, por vezes opostas, muito embora advenham de uma mesma situação, que podemos chamar de desamparo.

O desamparo é a experiência do Residente que não encontra guarida em suas próprias condições subjetivas. A afirmação das condições subjetivas amplia o olhar sobre a questão que costumeiramente é estabelecida sobre a hipótese da falta de estudo, da inexperiência ou do julgamento de inadequação do perfil do Residente para as especificidades da profissão que busca.²² Evidentemente, não há médico, enfermeiro, dentista etc., sem horas e horas de prática. Mas nada disso garante que o Residente, ou o futuro profissional em saúde formado fora de um programa de Residência, possa atender às novas demandas de integralidade que são exigidas em seus atos como profissional. O esforço não garante talento, é bem verdade. Mas parece ser atribuição necessária dos dispositivos de formação garantir ao Residente ao menos a oportunidade de reinventar-se, de criar suas próprias possibilidades para cumprir aquela tarefa.

A supervisão é um momento privilegiado para levar na mais alta conta a subjetividade do Residente. Suas dúvidas, sua angústia, sua motivação ou sua inibição podem

²² Ou seja, as hipóteses do preceptor sobre o residente também podem ir da motivação à desistência.

ser acolhidas pela escuta do supervisor naquele momento de trabalho. Desse modo, além de constituir um espaço de troca de informações, a função da supervisão passa a ser, também, a de abrir possibilidades de enunciação por parte do Residente. Torna-se, portanto, um espaço de escuta como delicadeza da parte do supervisor que está atento para os sintomas²³ do Residente em sua trajetória de formação, pois eles passam a ser decisivos para o tipo de formação que se deseja para o profissional em saúde. Entretanto, essa delicadeza do supervisor para com o padecimento singular do Residente não costuma combinar com o que é comumente privilegiado nas relações de ensino e aprendizagem numa instituição de formação.²⁴

Argumentou-se que, na emergência da cena de formação, há sempre um endereçamento.²⁵ O ato enunciativo em potencial, que se engendra na cena, é costumeiramente remetido ao Outro da formação. O lugar de Outro pode ser atribuído ao Preceptor, ao colega, ao Preceptor de outro núcleo profissional e mesmo à Equipe ou ao grupo de trabalho no qual colabora. No tempo da supervisão, é esse endereçamento que perfaz a condição de *ensinaprendizagem*²⁶ entre supervisor e aquele que solicita a supervisão. O endereçamento corresponde a uma autorização. É por intermédio daquilo que o residente endereça na forma de questionamento – seja em voz alta, em silêncio, seja em atos – que o supervisor passa a estar autorizado a escutá-lo e, se estiver trabalhando com a hipótese da singularidade do sujeito, promover o lugar de enunciação por supervisionar o residente, ao invés de supervisionar o caso.

²³ Sintomas da subjetividade do residente: suas manifestações singulares quando defrontado com os dispositivos do discurso em que busca sua formação.

²⁴ Teria de ser um subversivo do discurso que o institui, o supervisor?

²⁵ Ao final da p.259.

²⁶ Ver p.229.



A supervisão é voltada ao Residente e não suficientemente ao caso, eis uma afirmação. O problema a ser trabalhado está na complexidade da relação do Residente com um Real de sua formação. O caso não é aquilo que se encaixa nos critérios do conhecimento pregresso sobre o problema trazido à supervisão. O caso é a pergunta que se formula em torno do não sabido, nem pelo Residente nem pelo Supervisor, sobre a dificuldade daquele de encontrar uma solução para o seu dilema. O caso, portanto, deve ser construído em torno do Residente: por que ele está em dificuldades com aquilo que se lhe propôs realizar?

Nos modos como geralmente parecem ser conduzidas as supervisões nos programas de Residência, está dado um acordo tácito de transmissão de responsabilidades. Desobrigado da posição de *tudo saber*, o Residente costuma reunir seu material e apresentá-lo como enigma a ser resolvido pelo supervisor.²⁷ A transmissão de responsabilidade também aparece implícita na obrigação da supervisão, muitas vezes com dia e hora marcados. A lógica, segundo a qual a supervisão deva incluir decisivamente o trabalho com o sofrimento do Residente na travessia de sua formação, entretanto, não admite que ocorra desresponsabilizações.

Na supervisão há, sempre, uma questão em jogo. Nela, encontra-se o lugar da pergunta por excelência²⁸ e aí está toda a sua importância como dispositivo de formação. No início de um novo percurso, pode que o Residente não saiba o que perguntar quando da supervisão. Ainda não tem condições de dar conta sequer do que o interroga em sua prática. Nada pode ele demandar do supervisor a não ser respostas objetivas para seu problema, o que tem as cores

²⁷ Que quase sempre, de modo incauto, cai na armadilha.

²⁸ Aquilo que tanto é escasso nos contextos do discurso da universidade.



da desresponsabilização pelo que pratica profissionalmente. Entretanto, mesmo nesses casos, conforme a possibilidade de escuta prestada pelo supervisor, a *pergunta* pode fazer-se presente. Ela está situada nas ações equivocadas da prática do iniciante.

Ao invés de responder à pergunta falsa, a tarefa da supervisão pode ser a de conceder àqueles tropeços a qualidade de um questionamento que se remete e traz responsabilidade ao profissional em formação. A responsabilidade do supervisor é orientar a prática, mas também acolher a pergunta velada do Residente. Delicadeza necessária para que ele possa iniciar a formulá-la e recém começar a inventar o seu modo de resolver problemas.

A indicação dos tropeços da prática permite ao Residente reconhecer os limites de sua atividade profissional. Marca aquilo que lhe demanda ainda mais um esforço em seu trabalho de formação.²⁹ Ajuda a dar contornos melhores ao que pode e ao que não pode ainda realizar. Desde a época da Residência, o profissional em saúde sente mais de perto sua impotência frente a certas demandas em seu campo de atuação. Quando necessita realizar práticas nas quais sua subjetividade é especialmente convocada – qualquer prática em saúde atravessada pela integralidade é exemplo privilegiado disso –, o profissional costumeiramente vê-se presa da angústia. Pode manifestá-la de muitos modos, o mais comum ocorre por meio de reclamações sobre os poucos recursos materiais ou de tempo, para que possa realizar o seu melhor. De modo geral, porém exemplar, acaba priorizando no cotidiano de seu trabalho a curta clínica de sua especialidade. A supervisão,

²⁹ Na medida em que nunca se atinge a completude na formação em qualquer área, aí está um dos fundamentos da educação permanente, que bem se representa na proposta de supervisão como necessidade e não como obrigatoriedade.



portanto, pode ajudá-lo a encontrar o seu termo frente ao universo dos problemas de sua profissão. Indicar os troços é, afinal, situar que há a castração do saber total.

A supervisão pode trabalhar esses aspectos apenas quando seu objeto é o Residente e, se ao invés de constituir-se num espaço de transmissão de responsabilidades, a ele possa também ser transmitida a castração, além de conhecimentos. O risco de o supervisor entender a supervisão como a obrigação de ensinar técnicas a serem aplicadas e dar respostas seguras é o de limitar a prática do Residente ao gozo, muitas vezes contraproducente, do conhecimento da sua especialidade sobre o patológico.

Com o que foi formulado até este ponto, acredita-se que pensar a supervisão como o momento em que se retoma uma problemática, situando-a no sintoma do Residente, ao invés de tomá-la no registro do sintoma do paciente, tenha preparado o terreno para a seguinte afirmação: a possibilidade de “capacitação” profissional para o ato do cuidado integral em saúde³⁰, assim como figura nos objetivos gerais dos diversos programas formação profissional com vistas ao trabalho no SUS, depende do tipo de atuação dos formadores nas cenas de formação e de seu trabalho com o Residente nos espaços que permitam a elaboração de suas vivências, nos contextos dos programas de Residência Multiprofissional.

Acompanhar o Residente em seu processo de formação deve retirar o preceptor ou a Equipe do lugar estéril de ser o reservatório de todo o conhecimento necessário para a prática. O preceptor ou a Equipe estão envolvidos naquele processo, na medida em que se sintam à vontade ao flagrarem-se como continentes do endereçamento

³⁰ Aquele que, ao fugir do normativo, não pode ser feito sem a habilidade de escutar o essencial nos pedidos singulares de esperança de cura ou de felicidade.

que está implícito no ato do Residente, quando se dá uma cena de formação.³¹ No entanto, esse endereçamento ao preceptor não lhe supõe forçosamente o lugar de *tudo-saber*³² nem mesmo o deveria fazer em situação de supervisão. Uma das razões dessa afirmação reside no fato de que o erro, quando endereçado, nem sempre sugere a correção imediata. O erro do Residente pode muito bem ser um ato que subverte aquilo que se espera dos cenários de prática e que contém em si a possibilidade de enunciação subjetiva. O ato de ensino do preceptor/supervisor deve ser questionado, relativizado, quando a hipótese do trabalho com a singularidade subjetiva do Residente está presente: quando corrigir, quando aguardar e acompanhar para que haja uma nova construção significativa?

O ato de corrigir pela resposta certa dada pelo supervisor acolhe o erro do Residente apenas como erro. Desse modo, a supervisão desresponsabiliza o Residente pelos seus atos, como se viu acima. O acolhimento daquele mesmo ato como (p)receptor é tomar o erro como equívoco.³³ Se isso puder ser feito, o Residente, por seu turno, pode tomar o equívoco como um enigma a ser resolvido pelo trabalho no processo de formação. Uma metáfora emprestada ao teatro grego, visto que se tem tratado peculiarmente de um tipo de *cena*, talvez permita situar a função do (p)receptor a exemplo da *plateia*, que testemunha o ato a ela endereçado. Entretanto, o preceptor costuma atuar a exemplo do *coro*, que revela a verdade não explícita do que está acontecendo na cena.

A metáfora com os elementos da comédia e da tragédia grega situa outra condição do preceptor/supervisor. Uma

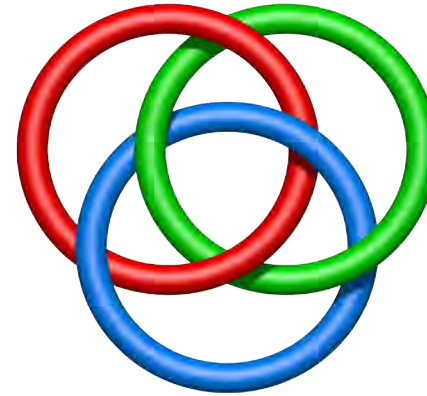
³¹ Aceitar o lugar do endereçamento na cena de formação é atributo do (p)receptor na situação de supervisão.

³² Cf. item O discurso da Universidade é maleável, p.106.

³³ Quantos sentidos estão ali, condensados, naquele ato?

condição de precariedade, a exemplo da plateia que não pode protagonizar a cena a ela remetida, quando do seu acontecimento. Não sabe o que está no *script*, nem o que acontecerá depois. Pode, entretanto, observar, deixar-se afetar e testemunhar. No caso da posição do (p)receptor, a precariedade é a de recursos pedagógicos que orientem suas atitudes diante da cena de formação, para cumprir seu papel de ensino. Nenhuma técnica parece suficiente. A correção do erro, papel mais comum, cristaliza sentidos da vivência do Residente. Com o que pode contar, se nem os longos anos de sua experiência seriam eficazes, visto que, ali, trata-se de preservar uma singularidade? O que fazer, então?

Nesses casos, ao contrário de ter algo para dizer a partir de sua experiência profissional, o (p)receptor parece melhor servido de recursos se usar de sua sensibilidade para perceber a beleza da própria transitoriedade do sujeito na torção do discurso que instaura com a cena³⁴ de sua formação. Aquele que, em presença do belo, detém-se, pode vir a testemunhá-lo. No testemunho, está implícita uma forma de transmissão. A pergunta lançada ao final da parte anterior, sobre o lugar subjetivo do preceptor, tem aí sua resposta (en)caminhada.



REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

ADORNO, T. O ensaio como forma. In: COHN, G. (Org.). **Theodor Adorno**. São Paulo: Ática, 1986. (Col. Grandes Cientistas Sociais).

ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos**. 2. ed. Tradução de Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

ALVARENGA, A.T.A transdisciplinaridade como crítica e resposta ao paradigma simplificado da ciência moderna. **Saúde e Sociedade**, a. 14, n. 3, p. 5-8, set./dez. 2005.

ARAÚJO, E.C. Uma abordagem da pessoa no processo de adoecimento. **Cultura Homeopática**, n. 5, v. 2, p. 8-14, out/dez, 2003.

ARAÚJO, F. Do amigo qualificado à política da amizade. **Estilos da Clínica**, v. 10, n. 19, p. 84-105, 2005.

³⁴ Sobre a beleza das coisas transitórias recomenda-se o ensaio *Sobre a Transitoriedade*, de Freud (1972).



AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface. **Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez., 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARROS, F.S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas (Orgs.). Rio de Janeiro IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

BARTHES, R. **O óbvio e o obtuso**. Col. Signos. n. 42. São Paulo: Edições. 70, p. 201-211, 1984.

_____. **O rumor da língua**. 2. ed. Tradução de Mário Laranjeira. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BENJAMIN, W. **Passagens**. Belo Horizonte: UFMG; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.

_____. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. Tradução de Sérgio Paulo Rouanet; Prefácio de Jeanne Marie Gagnebin. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BENJAMIN, W. **Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação**. São Paulo: Duas Cidades; Ed. 34, 2002.

BHABHA, H. K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 1998.

BOFF, L. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. Petrópolis: Vozes, 1997.

BOSCO, F. Elogio da delicadeza. **Cult – Revista Brasileira de Cultura**, a. 10, n. 115, p. 34-35, jul. 2007.

BRASIL, Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 abr 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS**: o SUS e as mudanças na Graduação. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1. ed, 1. reimp. Brasília: MS, 2004a.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAON, J.L. O pesquisador psicanalítico e a situação psicanalítica de pesquisa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, n. 7, p. 145-174, 1994.

CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E.C. Dr. Sackett & “Mr.Sacketeer”... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 205-214, 2001.

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



CECCIM R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface **Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CECCIM R.B. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005b.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais da saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecnoassistencias em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set.1997.

DIDIER-WEILL, A.; WEISS, E.I; GRAVAS, Florence. **Quartier Lacan: testemunhos**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2007.

DORGEUILLE, C. **A segunda morte de Jacques Lacan**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

EFBA (Escola Freudiana de Buenos Aires). **La experiencia del pase**. Buenos Aires: Editorial Escuela Freudiana de Buenos Aires, 2005. (Libro 1; Colección: Cuestiones de Escuela).

FERNANDES, C.L.C.; LOPES, J.M.C.; CURRA, L.C.D.; MATTOS, L.F.C. Oficina para capacitar preceptores de MFC: uma estratégia para qualificar a formação em MFC e a assistência

em APS. **Revista Brasileira de MFC**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 145-232, out./dez., 2007.

FIORINI, M. De volta para o futuro – entrevista com Bruno Latour. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, a. 12, n. 132, p. 14-20, fev. 2009.

FISCHER, L.A. **Inteligência com dor**: Nelson Rodrigues ensaísta. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2009.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREUD, S. (1910) Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: _____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. (Edição Standard Brasileira; v. XI).

_____. (1912) A dinâmica da Transferência. In: _____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. (Edição Standard Brasileira, v. XII).

_____. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. (Edição Standard Brasileira, v. XII).

_____. (1913) Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: _____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. (Edição Standard Brasileira, v. XII).

_____. (1914) A história do movimento psicanalítico. In: _____. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição Standard Brasileira, v. XI).

_____. (1914) Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In:



_____. **Obras psicológicas completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976d. (Edição Standard Brasileira, v. XII).

FREUD, S. (1915) Observações sobre o amor transferencial. In: **Obras Completas** Edição Standard Brasileira, v. XII - Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1915). Sobre a transitoriedade. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1972. (Edição Standard Brasileira, v. XIV).

_____. (1919) Sobre o ensino da Psicanálise nas universidades. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976g. (Edição Standard Brasileira, v. XVII).

_____. (1920) Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976e. (Edição Standard Brasileira, v. XVIII).

_____. (1921) Psicologia das massas e análise do ego. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976f. (Edição Standard Brasileira, v. XVIII).

_____. (1926) O ego e o id. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976d. (Edição Standard Brasileira, v. XIX).

_____. (1937). Análise terminável e interminável. In: _____. **Obras completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1975. (Edição Standard Brasileira, v. XXIII).

GIROUD, F.; BRISSAC, M.; LAURENT, E. COTTET, S.; SOLER, **Colette et al. Lacan, você conhece?** 5. impr. São Paulo: Cultura, 2002.

GODIN, J. **Jacques Lacan, 5 rue de Lille.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

GUTTMANN, R. Uma introdução ao capitalismo dirigido pelas finanças. **Novos Estudos - CEBRAP,** São Paulo, n. 82, nov. 2008.

HADDAD, G. **O dia em que Lacan me adotou:** minha análise com Lacan. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

HARRY POTTER E A ORDEM DA FÊNIX. Direção de David Yates, EUA/UK: Warner Vídeo, 2007. DVD, 138 min, sonoro.

HECKERT, A.L.C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, v. 1, p. 199-212, 2007.

HELMAN, C.G. Relação médico-paciente. In: **Saúde, Cultura & Doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IRIBARRY, I.N. O diagnóstico transdisciplinar em psicopatologia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,** v. VI, n. 1, p. 53-75, 2003.

JERUSALINSKY, A. **Seminários III.** São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 2004.

JIMENEZ, S. **O cartel:** conceito e funcionamento na Escola de Lacan. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

JORGE, M.A.C. (Org.). **Lacan e a formação do psicanalista.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

LACAN, J. **A ética da psicanálise.** O Seminário: livro 7. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.



_____. **As Psicoses.** O Seminário: livro 3, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. **Mais, ainda.** O Seminário: livro 20, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985a.

_____. **Meu Ensino.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

_____. **O avesso da psicanálise.** O Seminário: livro 17, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. **O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.** O Seminário: livro 2, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. **Os escritos técnicos de Freud.** O Seminário: livro 1, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

_____. **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** O Seminário: livro 11, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. **Outros escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **Televisão,** Rio de Janeiro: J. Zahar, 1993.

LEBRUN, J.P. **Conferência proferida na Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS.** Maio, 2007.

LORENZ, E.N.A **Essência do Caos. Brasília:** Editora Universidade de Brasília, 1996.

MACEDO, M.C.S.; HENRIQUES, R. L. M.; ROMANO, R. A. T.; PINHEIRO, R. Cenários de Aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

MACHADO, F.R.S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

MARINI, M. **Lacan:** a trajetória do seu ensino. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MASSON, J.M. **A correspondência completa de Sigmund Freud e Wilhelm Fliess 1887-1904.** Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MATRIX. Direção de Larry Wachowski, Andy Wachowski, EUA: Warner Vídeo, 1999. DVD, 136 min, sonoro.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

MEDEIROS, R.H.A. A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. **Physis;** vol. 20, n. 2, p. 497-514, 2010.

MERHY, E.E. Saúde: **A cartografia do trabalho vivo.** 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C.R. **Territórios do cotidiano.** Santa Cruz, RS: Editora UNISC, 1995.



MEZAN, R. **Interfaces da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006.

REY, P. **Uma temporada com Lacan**. Barcelona: Seix Barral, 1990.

RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 7-18, 2000.

ROUDINESCO, E. **História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos 1925-1985**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. v. 2.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

SANTIAGO, S. **Vale quanto pesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

SANTIAGO. Direção de João Moreira Sales, BRASIL: Vídeo Filmes, 2009. DVD, 79 min, sonoro.

SAVIAN F.º J. Derrida e a defesa da honra da razão. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*. n. 117, a. 10; p. 41-43, set. 2007.

SAVIAN F.º J. Gilles Lipovetsky: as marcas tornaram-se o sentido da vida das pessoas. Entrevista. *Cult – Revista Brasileira de Cultura*, a. 10, n. 120, p. 10-17, dez. 2007a.

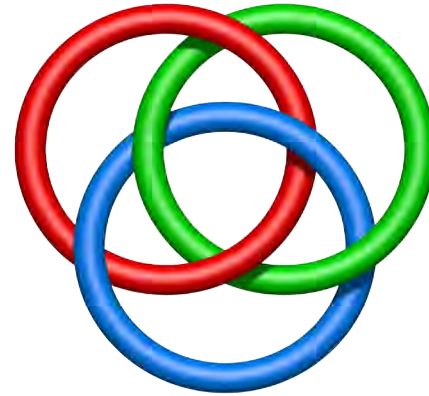
TIBURI, M. **Metamorfoses do conceito: ética e dialética negativa em Theodor Adorno**. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

VUORI, H. Primary Health care in Europe: Problems and solutions. *Community medicine. Health Policy*, a. 4, n. 3, p. 221-230, 1985.

ZIEGELMANN, L. **Psiquiatria social contemporânea: narrativa de uma trajetória clínica**; Petrópolis: Vozes, 2005.

ZIZEK, S.; DALY, G. **Arriscar o impossível: conversas com Zizek**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.





SOBRE O AUTOR

Roberto H. Amorim de Medeiros é psicanalista, professor da graduação e pós graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Atuou como trabalhador do Serviço de Saúde Comunitária/GHC de 2003 a 2013 e como preceptor e professor da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição nos seus 8 primeiros anos.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Saúde, Ambiente e Interdisciplinariedade

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br

