

Residência de pedagogia na Saúde Mental Coletiva – educação como saúde

Residency of pedagogy in Collective Mental Health – education as health

Sheyla Werner

Doutoranda na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
sheylawerner@gmail.com

Cláudia Rodrigues de Freitas

Professora doutora na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

freitascrd@gmail.com – <https://orcid.org/0000-0002-7105-8539>

Ricardo Burg Ceccim

Professor doutor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

burgceccim@gmail.com – <https://orcid.org/0000-0003-0379-7310>

Recebido em 20 de junho de 2018

Aprovado em 11 de setembro de 2018

Publicado em 17 de dezembro de 2019

RESUMO

A partir da trajetória de uma pedagoga em uma residência em saúde mental, o artigo coloca em discussão as ações desta categoria profissional na atenção psicossocial. A abordagem revela percurso e produções cartográficas da residência, sua preceptoria e tutoria, realizadas na saúde. Dos diversos cenários de atuação da pedagogia na residência, dá-se destaque a um projeto de ação desenvolvido com trabalhadores e jovens de uma unidade de atendimento socioeducativo. Como conclusão, salienta-se o quanto os pedagogos têm a oferecer no campo da saúde mental coletiva, sendo convocados e demandados de diferentes formas, proporcionando o olhar da educação à saúde, oferecendo a educação como saúde. Constata-se a falta de oferta de formação em saúde para profissionais de pedagogia, tema a ser aberto.

Palavras-chave: Residência integrada em saúde; Pedagogia; Saúde Mental Coletiva; Formação em saúde; Residência multiprofissional em saúde.

ABSTRACT

From the journey of a pedagogue having their residency on the field of mental health, the article discusses actions from this professional category on psychosocial care. The approach reveals its path and cartographic output, preceptory and tutoring towards health. From all the interventions taken place, the work of action developed with

workers and youngsters from a social-educational unit is highlighted and as a conclusion it's seen how much pedagogues have to offer on collective mental health, being called upon and requested in various ways, offering education through health, and education as health itself. A lack of offer of health training for pedagogues is also noted, a subject in need of debate.

Keywords: Integrated residency in health; Pedagogy; Collective mental health; Health training; Multiprofessional residency in health.

Introdução

O começo não passa de interrupção de algo que já vinha ocorrendo, mas que ainda não tinha recebido nome. As coisas estão em permanente processo até que alguém apareça e nomeie um ponto das coisas como começo. [...] É como cortar algo que passa, represar a correnteza e desviá-la de seu curso para estabelecer um curso que se disfarça de novo, quando é somente uma violação do que já existia. Começar é o sintoma mais forte do desejo de novidade, já que todo começo contém a energia do novo, a que poucos resistem. (JAFFE, 2016, s/p)

Vamos começar uma conversa sobre a pedagogia na saúde levando em conta outros começos enfrentados para que esta escrita se iniciasse. Assim, este artigo tem sustentação na experiência de uma pedagoga no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, criado na Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, em 2005, a qual foi integrada de 2005 a 2015 por residentes graduados em artes, educação física, enfermagem, pedagogia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

“Trata-se de uma formação pós-graduada *lato sensu*, realizada em serviço, ao longo de dois anos, mediante a inserção do residente no trabalho da/na rede de atenção psicossocial abrangendo não apenas equipamentos próprios ao setor da saúde, mas também serviços e dispositivos de assistência social, cultura e educação” (PALOMBINI et al., 2016, p. 203)

Tendo em vista a defesa de uma concepção intersetorial à abordagem em saúde mental (BRASIL, 2010) e que, historicamente, configuram o conceito “saúde mental coletiva” (FAGUNDES, 1992). Nesse tecer de começos, tais como a educação em saúde, a pedagogia na saúde mental e a educação em saúde mental coletiva, um texto em três vozes de lugares distintos na coautoria deste artigo: uma pedagoga, que foi residente; uma preceptora do núcleo profissional de pedagogia na residência; um

tutor da residência pela universidade, todos ocupando essas posições em 2015. Entrelaçam-se na tessitura da escrita, num movimento de rizoma. Nessa perspectiva, metodologicamente, apresenta-se, no percurso desta constituição de texto, uma pedagoga *na e da* saúde mental coletiva, colocando em evidência um projeto de intervenção, a ação de educação permanente em saúde desenvolvida em uma unidade de atendimento socioeducativo e outra de educação em saúde com jovens em cumprimento de medida socioeducativa, atividades das quais a residente participou como representante do núcleo (categoria profissional) da pedagogia.

Trata-se do único programa de residência em saúde no Brasil que incluiu a pedagogia como categoria profissional para a oferta de vagas à “especialização na forma de treinamento em serviço sob supervisão”, de caráter multiprofissional e interdisciplinar (CECCIM; FERLA, 2003), cujas bolsas eram próprias do núcleo universitário junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação, o EducaSaúde. Durante esses anos (o último processo seletivo foi em 2013 e o último egresso concluiu o programa em 2015), foram inseridos no programa 12 pedagogos (COUTO, 2016), os quais também problematizaram sobre o ser e estar nos espaços do fazer em saúde. Por exemplo, uma das residentes relata que “a Pedagogia é estranhada” quando chega aos espaços do setor da saúde, mas “a partir da composição com a equipe isso se dilui, se desfaz, desterritorializa-se o campo”, para “compor-se um território”. “Sim, eu pedagoga – diz ela – faço parte do território da Saúde Mental Coletiva! Território em movimento, que compõe com várias parcerias, que oferece uma possibilidade”, concluindo que as possibilidades se ampliam aos profissionais que compõem esses espaços e a si própria. Nos conta que “isso exigiu um despir-me dos limites da escola e de práticas escolares, onde os espaços de atuação eram bem definidos”. Relata que “durante esses dois anos pude me permitir à composição com outros saberes, com outras profissões, me constituindo em devir. Se me olham com estranhamento, isso não é ruim e não me coloca fora” (DALMASO, 2013, p. 10-11). Quando se estranha o que se conhece, se desloca o ver, emergindo outras possibilidades, conclui a pedagoga residente em seu Trabalho de Conclusão de Residência – TCR .

Em um Trabalho de Conclusão de Curso no âmbito da graduação, a estudante de pedagogia conta que o programa de residência se destaca ao oferecer formação especializada em serviço (*a especialização na forma de treinamento em serviço sob supervisão*) para os pedagogos, “muito embora seja importante reconhecer que há mais de uma década os profissionais de pedagogia são convocados a atuar no campo de saúde mental e em projetos terapêuticos”(COUTO, 2016, p. 17), atendendo a usuários da atenção psicossocial. Couto toma como exemplo os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, previstos pelo Ministério da Saúde à Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, onde são estabelecidas diretrizes para funcionamento e financiamento. Ali está definida uma equipe mínima para os serviços de atenção psicossocial onde se deve assegurar além do médico psiquiatra e do enfermeiro com formação em saúde mental, “profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e pedagogo” (BRASIL, 2002b). Não é de menor importância lembrar que desde os primeiros movimentos de interesse à desmanicomialização, ao final da década de 1980, a habilitação para a leitura e escrita e, depois, a preparação para ingresso na educação de jovens e adultos esteve dentro do projeto terapêutico aos adultos e idosos asilados em hospícios, tendo em vista a construção de autonomia para a volta para casa ou a vida nos hoje denominados Serviços Residenciais Terapêuticos. Esse não é um trabalho que dispense uma formação especial de pedagogos e sua inserção nos ambientes de saúde da política de desinstitucionalização.

Já o atendimento por pedagogos em classes hospitalares (“escolas de hospital”) e às crianças hospitalizadas ou impedidas de frequência à escola por tempos prolongados devido a problemas de saúde foi previsto pelo Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Entre os documentos de base estão: Estratégias e Orientações para Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar, da Secretaria de Educação Especial, do Ministério da Educação (BRASIL, 2002a); Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1995); Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, que institui diretrizes

nacionais para a educação especial na educação básica (BRASIL, 2001). Extraíndo-se dos documentos, deve-se saber que:

Denomina-se classe hospitalar o atendimento pedagógico-educacional que ocorre em ambientes de tratamento de saúde, seja na circunstância de internação, como tradicionalmente conhecida, seja na circunstância do atendimento em hospital-dia e hospital-semana ou em serviços de atenção integral à saúde mental (BRASIL, 2002b, p. 13).

São direitos da criança e do adolescente hospitalizados, entre outros: desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar (BRASIL, 1995).

Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio (BRASIL, 2001).

A categoria profissional do atendimento pedagógico-educacional direto com crianças e adolescentes ou com jovens e adultos é a do pedagogo, também é a categoria gestora do processo de atendimento pedagógico geral ou especial quando se trate de atenção aos processos cognitivos, sociointerativos e afetoperceptivos respectivos à ação educativa. Além dos indicativos, torna-se importante compreender que a pedagogia (atendimento educacional ou pedagógico-educacional) está elencada como categoria profissional em diversas portarias de atenção à saúde (políticas nacionais de saúde mental, de atenção integral à pessoa com deficiência, de atenção básica e para academias da saúde). O que vai definir – de fato – o pertencimento da pedagogia à saúde são suas ações em equipe nos serviços desse setor, aspecto válido para todas as outras áreas que já atuam ou poderão atuar *em e na* saúde, pois, se aquilo que define um profissional de saúde “é sua condição objetiva de assistir, sua habilitação técnica para a clínica, sua profissionalização para o ato terapêutico, sua dedicação ao cuidar”, já a terapêutica, “ocorre em vários planos e pode se realizar por intermédio de múltiplas categorias profissionais e múltiplos campos de conhecimento e de práticas, mesmo de outros setores da ação social, como ensino, educação popular, educação física, arte, cultura, assistência social etc.” (CECCIM, 2006, p. 264).

Outros exemplos poderiam ser trazidos, no entanto, esses já justificam a relevância do presente artigo tomar como tema a pedagogia na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Desta forma, coloca-se em análise o percurso de uma pedagoga na residência, apresentando o contato intensivo e a potência de aprendizagem gerados em território (cenário de práticas) e considerando sua trajetória para colocar em discussão as oportunidades de formação que têm um pedagogo para a aprendizagem da ação em saúde. Compreendendo que “a cartografia é a feitura de mapa, [...] ao fazê-lo é necessário percorrer o campo, avaliá-lo, rabiscá-lo, abri-lo e delimitá-lo infinitas vezes” (BORGES; CECCIM, 2017, p. 73-74). O contato da pedagoga torna-se parte integrante da própria metodologia e, a partir do relato vivo da experiência, são referidas as ações e as sensibilidades desenvolvidas. Dos diversos pontos de encontro na saúde mental coletiva, dá-se destaque a relação com jovens e trabalhadores de uma unidade de atendimento socioeducativo, na qual, a “feitura de mapa” se fez como dispositivo na ação da pedagoga.

O percurso como método: a educação como saúde

Uma professora de pedagogia, que também foi preceptora nesta Residência, escreveu quanto à educação de jovens e adultos com deficiência mental, ao final ou ao ultrapassarem a faixa etária prevista às escolas especiais e que não aprenderam ou não aprenderiam a ler e escrever com fluência ou além de seus próprios nomes incompletos, sobre uma “docência desterritorializada, que procura a saúde”, assim denominando sua tese de doutorado e o livro dela decorrente (PEIXOTO, 2007). Com sua tese de doutorado, a pedagoga enunciou a “desterritorialização da docência”, o fora da escola tradicional, da classe escolar tradicional, da sala de aula tradicional, e sua ressingularização como uma “docência que busca a saúde”, o trabalho docente como participante da invenção de mundo e da invenção do si mesmo, forjando coletivos e interações para o enfrentamento da vida e para o desenvolvimento do aprendizado, este composto por cognição e afecção (afetos psíquicos do desenvolvimento que permite aprender), além da recriação cotidiana dos operadores

ISSN: 1984-6444 | <http://dx.doi.org/10.5902/1984644433184>

sociais (pedagogos, educadores, alunos, crianças, jovens, adultos, estudantes) da educação (PEIXOTO, 2007).

A pedagoga residente do presente texto, após concluir a graduação em pedagogia, levava claro o entendimento de que para educar era preciso continuar a questionar os ideais educativos e a fomentar a coragem “de mostrar habilidade na construção de tendas” (BAPTISTA, 2006), como havia aprendido durante sua educação universitária. Tal habilidade requereria uma formação sobre armar tendas e não salas de aula e escolas:

As tendas são mais leves e suas paredes de tecido permitem a passagem de luz e do vento; podem ser desarmadas e transportadas para locais distantes, acompanhando o per(curso) dos interessados; montam-se de maneiras variadas, permitindo a negociação que transforma os modelos de ação, os locais escolhidos e os tempos destinados. Vale lembrar que a tenda pode ser um objeto complexo, apesar da simplicidade do seu desenho físico: devem ser flexíveis, mas resistentes; o tecido deve suportar as intempéries, sendo leve durante o transporte; a base deve ser macia, mas não pode deixar que passem a umidade e possíveis *invasores* (BAPTISTA, 2006, p. 92).

O edital de seleção do Programa de Residência Integrada Multiprofissional do Educa Saúde dizia que a Saúde Mental Coletiva surgia (CECCIM et. al., 2016):

[...] em desdobramento dos valores éticos da dessegregação, seja da loucura, da deficiência mental, dos comportamentos atípicos ou das singularidades não previstas pelos espaços disciplinares da educação, da saúde e das culturas urbanas. O objetivo da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, é o de oferecer formação especializada, multiprofissional e interdisciplinar, em serviço. Visa a desenvolver competências técnicas, éticas e humanísticas para a promoção da saúde mental, seja no âmbito ampliado da educação (como uma pedagogia da cidade, problematizando seus artefatos de produção de sentidos e culturas), seja no âmbito ampliado da saúde (como integralidade da atenção e escuta de acolhimento às singularidades da subjetividade) (CECCIM et. al., 2016, p. 129).

O presente texto abrange a residência realizada nos anos de 2014 e 2015, compondo o núcleo de categorias profissionais relativo aos graduados em pedagogia, acompanhada por tutores, preceptores, colegas residentes e profissionais dos diversos serviços, projetos e ações de trabalho do Sistema Único de Saúde – SUS. À medida que residentes de pedagogia conheciam, estudavam e habitavam a saúde mental coletiva, percebia-se a necessidade da tessitura entre educação e saúde. Para tanto, também se fazia necessária a disposição a grandes transformações, incluindo

dores e amores. O cenário da hospitalização e os cenários da atenção psicossocial podem ser muito chocantes para um trabalhador, muitos profissionais de saúde escapam de qualquer possibilidade de vínculo com hospitais ou com a saúde mental, assim como escapam (e desconhecem) a educação especial, a psicopedagogia e a educação social (presentes nas medidas socioeducativas, na saúde mental e na atenção às deficiências). Se profissionais da pedagogia requerem aprender para atuar em hospitais e na saúde mental, profissionais de saúde requerem aprender para atuar não apenas em locais de educação especial, psicopedagogia e educação social, mas, principalmente com esses públicos, demandantes de ações regulares e contínuas em saúde. Não por acaso, tantas políticas de saúde começaram a demandar educadores físicos, educadores artísticos e pedagogos nas suas portarias de funcionamento e financiamento. O sofrimento do contato é parte do aprendizado (MATURANA, 2012):

[...] a dor nos faz perguntar. Apesar de difícil, é uma oportunidade única de transformação, assim como a curiosidade, que não nos permite submissão aos padrões externos. Quando tropeçamos dói o pé. Isso faz pensar sobre o modo de andar, a atenção ao caminhar, os desafios do trajeto. A dor da alma também ensina. Se alguém me repudia, tenho de perguntar o que estou fazendo para que isso aconteça. Investigar é oportunidade para crescer (MATURANA, 2012, p. 3).

Por que falar desse percurso é tão importante? A pedagogia “tem” esse lugar na saúde mental, no hospital, na desinstitucionalização, nas medidas socioeducativas, na educação especial, na psicopedagogia, mas como se prepara para estas atuações? Onde se reconhece possibilidades de aprendizagem e de formação em saúde mental coletiva? Neste artigo, a resposta é: foi por meio da vaga em uma residência em saúde. Podem-se apontar alguns fatores: da informação à formação, dos saberes às práticas, das potências à realidade, movimentos em via de mão dupla para educadores e para profissionais de saúde, a residência como tempo/espço à educação como saúde. Armada a tenda pedagógica, não a escola como a conhecemos no cotidiano, a tenda-escola de paredes moles e translúcidas, leve de carregar, possível de armar e desarmar em vários lugares, foi possível: o atuar na saúde também é para pedagogos! Sendo necessária a aquisição dos conhecimentos e práticas em saúde mental que pudessem ser usados pela pedagogia. A residência proposta, por ser multiprofissional, traz uma oportunidade única de

“educo(trans)formação” (ensino, aprendizagem, mutação), como formulou Santos (2018). São começos, fazemo-nos (os profissionais da educação/pedagogia) a partir deles.

Para sustentar um trabalho no hospício (um dos campos por onde a residência passa) foi necessário à pedagoga inventar um encanto para aquele lugar, precisando usar de uma sensibilidade que lá se esforçam por desensinar, tornou-se fundamental acreditar em outros espaços, confiar na relação da educação *na* e *em* saúde, aprender a ser forte, mais forte que aquele lugar, precisou apropriar-se de nova perspectiva ao acompanhar o outro, ao educar, ao cuidar do outro. Conforme Ceccim e Palombini (2009),

[...] para cuidar, é preciso exposição ao outro. Aceitação do outro como ele é, mas também oferta de acolhimento ao que nele pede passagem (devires, experimentação), isto é, aceitar o outro como ele é, mas também oferecer acolhimento ao tornar-se o que se é [...] (CECCIM; PALOMBINI, 2009, p. 301),

Com essa perspectiva de cuidar, a pedagoga percorreu muitos cenários. Tecendo, trazendo e oferecendo, cada vez mais, a educação como saúde e o olhar pedagógico, bem como se deixando habitar pela saúde mental coletiva, afinal, ela também habita a pedagogia:

[...] o olhar pedagógico auxiliou às percepções, aliás, por que “olhar pedagógico”? Olhava ao redor e notava a falta de acessibilidade, a ausência de identidade de quem se dizia morador daquele lugar. Percebia a falta da promoção da autonomia, a carência do ensino-aprendizagem, a insuficiência da paciência, mas, principalmente, a precariedade da sensibilidade. Não tem profissão para dar conta disso. Talvez a mistura, a vontade compartilhada de outras coisas possa dar a intensidade necessária (WERNER; FREITAS; BEDIN-DA-COSTA, 2017, p. 40).

Desta forma, na composição de novas histórias, fortalecida pelas dores, amores e tessituras com as quais a pedagoga cartografou seu primeiro ano da residência, começou a interação com a juventude, a qual se deu no segundo ano da residência e agora protagoniza as ações deste artigo, uma presença junto à juventude ou às juventudes habitantes ou “videntes” de um Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE).

A Ação de Educação Permanente em Saúde – caminhos percorridos

Por meio da residência, em 2015, foi desencadeado o projeto Ação de Educação Permanente em Saúde, desenvolvido com trabalhadores e jovens de uma unidade de atendimento socioeducativo da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Retornando a um começo anterior: o que é “Educação Permanente em Saúde”?

A identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005, p. 161).

O projeto Ação de Educação Permanente em Saúde foi constituído com o objetivo de construir um espaço para trocas, reflexão e avaliação entre os servidores e suas respectivas equipes do Centro quanto ao trabalho desenvolvido na instituição. A proposição da ação iniciou-se em 2010, ganhando, a cada ano, novos formatos (da equipe condutora do projeto, sujeitos envolvidos, espaços e temáticas). Em 2015, a equipe responsável pela condução da ação, onde a residente de pedagogia se inseria, introduziu a proposta de diálogo e reflexão para a identificação de temáticas e interesses novos conforme necessidades vigentes no grupo, tal como na teoria:

[...] aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005, p. 162).

Partindo dessa perspectiva, buscou-se o aperfeiçoamento dos processos de trabalho entre as equipes do Centro em torno de uma temática colocada em questão diversas vezes: a “medicalização” (ou a “medicamentalização”, para sermos mais exatos). O tema chegava relacionado ao alto consumo de medicamentos psiquiátricos pelos jovens em cumprimento de medidas socioeducativas. O termo/tema foi utilizado no Centro, inicialmente, relacionado à administração excessiva de medicamento, mas

permitiu a possibilidade de analisá-lo de forma ampliada onde o funcionamento da discursividade médica tem efeitos de verdade e acaba disciplinando e governando “a vida de todos e de cada um” (CHRISTOFARI; FREITAS; BAPTISTA, 2015, p. 1083). A demanda em abordar o uso de medicamentos surgiu para pensar práticas e, também, compreender, dialogar e formar opiniões acerca da questão. Após a definição da temática, a ação organizou-se em quatro encontros com os trabalhadores interessados em participar, totalizando 20 trabalhadores ao todo, de diferentes frentes: agentes socioeducativos, técnicos, professores e direção. Como dispositivo para incitar a reflexão quanto ao tema e para apresentá-lo como possibilidade de prática/uso com os jovens, foi utilizado o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), ou “Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos” (ONOCKO-CAMPOS et. al., 2012) Conforme sua apresentação

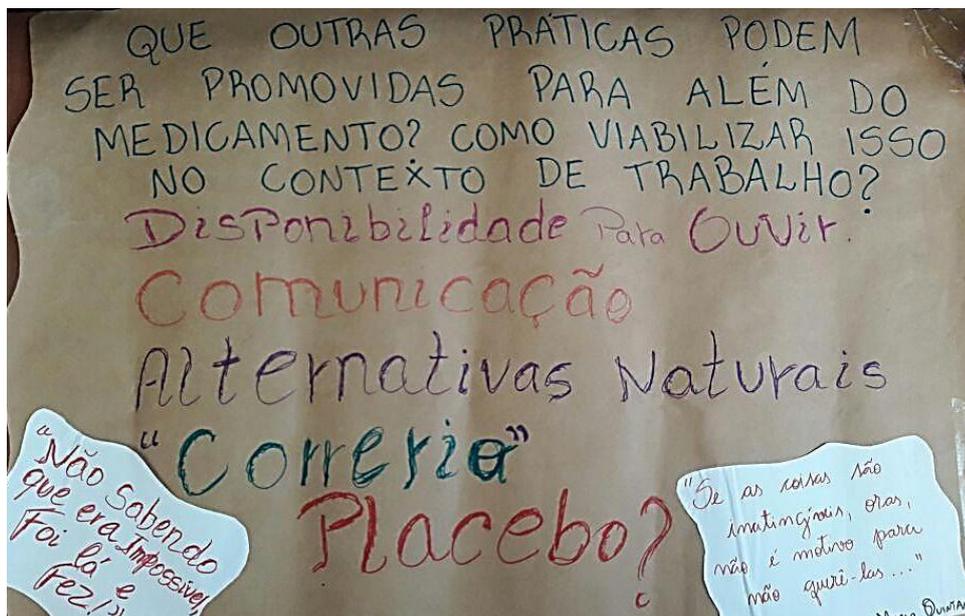
O Guia é uma ferramenta potente para a produção da autonomia dos usuários de saúde mental a partir do tema da medicação. Sua elaboração, validação e utilização propiciaram espaços de fala entre usuários, familiares, trabalhadores e gestores com consequências clínico-ético-políticas de reafirmação do direito à cidadania, do agir em cogestão e de afirmação de singularidades. Espaços e consequências os quais propomos que se multipliquem no cotidiano dos serviços de saúde mental [...] (FAGUNDES, 2012, p. 3).

A partir das ações com os trabalhadores, como as rodas de conversa, produções de painéis, revisitação de práticas e compreensão/discussão de conceitos que permeiam a temática da Educação Permanente em Saúde, organizaram-se encontros com os jovens, objetivando oportunizar um espaço de diálogo sobre questões de saúde e medicamento, proporcionando, acima de tudo, a fala e a escuta dos jovens. O convite para participar dos encontros se fez a todos que estavam cumprindo medida socioeducativa de internação com possibilidade de atividades externas. Esclareceu-se que se tratava de um convite aberto – não sendo, desta forma, uma ação/medida da socioeducação, mas da saúde – uniram-se 10 jovens entre 14 e 18 anos de idade. O Guia serviu de suporte para a mediação dos encontros com os trabalhadores (Educação Permanente em Saúde) e algumas de suas proposições foram adaptadas, tendo em vista contemplar o grupo de jovens em medidas socioeducativas, convidados a um grupo de estudos em saúde (Educação em Saúde).

Produções pedagógicas na saúde – educação como saúde

Da ação de Educação Permanente em Saúde, muito se produziu, principalmente a reflexão do fazer dos trabalhadores do Centro. Como primeiro exemplo, destaca-se um painel construído em pequeno grupo:

Figura 1: Grupo com Trabalhadores: O que pode substituir a medicação?



Fonte: Elaboração a partir da pesquisa realizada

As perguntas geradoras foram: O que pode substituir a medicação? Que outras práticas podem ser promovidas para além do medicamento? Como viabilizar a substituição da farmacoterapia no contexto de trabalho? O painel mural produzido está na Figura 1. O debate aportou: disponibilidade para ouvir, comunicação, alternativas naturais, correrio e placebo. Foram trazidas ainda duas mensagens ou frases poéticas para decorar o painel: “Não sabendo que era impossível, foi lá e fez” e “Se as coisas são inatingíveis, ora, não é motivo para não querê-las”. Vê-se uma compreensão ou inscrição de “possíveis”. Inscrevem o “correrio” (houve um debate se a palavra não seria “carrera”) e o “placebo”, logo após os enunciados de “disponibilidade para ouvir” e “comunicação”. Se o placebo representa a busca pelo efeito, sem as consequências ou danos dos medicamentos ou mesmo pela eventual ausência de prescrição prévia,

o correrio é o investimento na escuta e busca de medidas necessárias: encaminhar relatórios ao juizado, conseguir o horário de novo julgamento/avaliação, conseguir atendimento com a psicóloga, conseguir cela na ala de medidas mais brandas, enfim, “correr atrás” da melhor socioeducação (ou humanização), “é aquele correrio, não uma correria”.

Reconhece-se a necessidade de busca de soluções e a busca do efeito desejado/prometido pelo medicamento. O medicamento não trata, gera efeitos. Há um “fazer múltiplo” e é preciso fazer o múltiplo, não por acrescentar sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, de maneira simples, com força de sobriedade, buscar o necessário. É exatamente essa a noção presente no conceito de rizoma de Deleuze e Guattari (1995, p. 11), que “digerimos” ao recolocar aqui como a feitura de uma rede em “correrio” e humanização. Descobriu-se o “movimento micropolítico” de substituir o medicamento, mas a educação continuada, até então presente, tratava do uso racional e correto de medicamentos, com uma velha ordem de uso: “se necessário”. Entendida como “protele o uso e os façam desistir de solicitar”. A ação de Educação Permanente em Saúde com a pedagoga desdobra-se como ação micropolítica, pois, como já apontado, a partir dela a interação com os jovens ganhava outro possível.

Dentre os diversos fazeres, destacou-se outra produção, esta, por sua vez, foi oferecida para e com os jovens da instituição:

ISSN: 1984-6444 | <http://dx.doi.org/10.5902/1984644433184>

Figura 2: Mapa falante das redes sociointerativas dos jovens



Fonte: Elaboração a partir da pesquisa realizada

Na confecção de um mapa falante (Figura 2), as linhas e tracejados indicavam caminhos percorridos pelo grupo a partir de situações hipotéticas do cotidiano. As situações convocaram os jovens a pensar a respeito da forma de agir, qual serviço/instituição buscar, o que fazer. Convocaram a refletir sobre os planos de encontros, tal qual uma cartografia das redes sociointerativas (BORGES; CECCIM, 2017):

Fazemos mapas dos territórios que nos interessam e esse processo difere de uma lista de caminhos percorridos ou da criação de conjunto de placas indicativas deixadas pelo caminho, cartografar é o próprio movimento de criar mapas [e] de pesquisas (BORGES; CECCIM, 2017, p. 73-74).

Poderíamos trazer diversas discussões acerca desse mapa, onde mais de 40% dos pontos de rede são relacionados com pontos de atenção à saúde e os demais com assistência social e segurança ou proteção. A família está circulada, marcada, rodeada, mostrando ser intensivamente procurada (acionada), mostrando que ela é suporte, muito mais que qualquer outra instituição ali colocada. Nos ditos da mídia e no social ressoa a ideia da ausência de família entre os jovens em conflito com a lei. Nos relatórios individuais, aqueles que acompanham o jovem desde sua entrada no sistema socioeducativo, podemos encontrar, com frequência, a anotação da “falta de

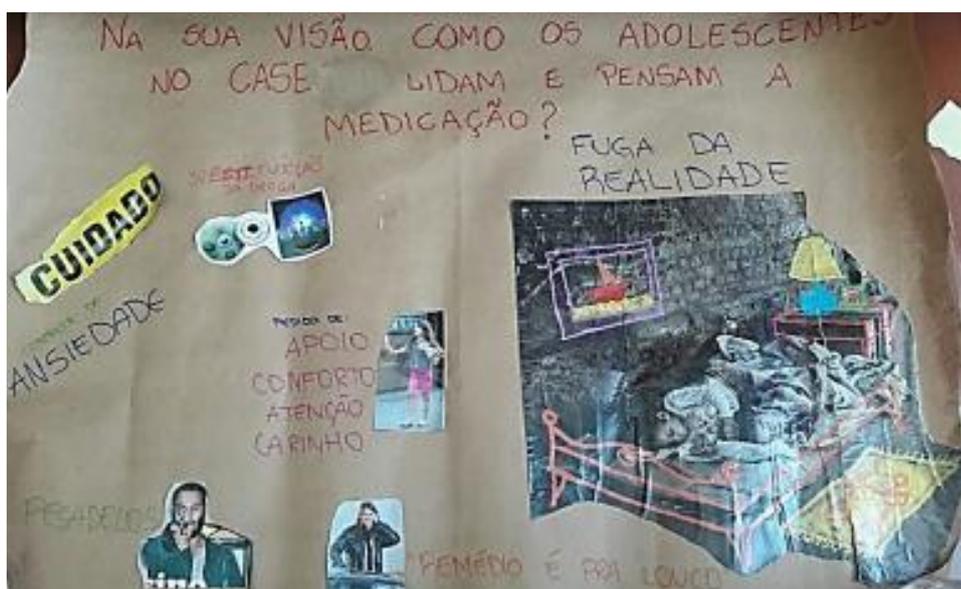
Deve-se olhar para o aspecto pedagógico com que o mapa se apresentou: quase como um “trabalho de escola”, sua forma de produção e de proposição, promovendo o protagonismo e autonomia dos jovens ao delinear e escolherem caminhos, discutindo possibilidades, produzindo conhecimento acerca da saúde e de sua saúde. A flecha azul, sinalizada no Mapa (Figura 3), indica onde o Centro de Atendimento Socioeducativo foi colocado, o mais longe possível, quase totalmente fora da linha externa, no limite da folha. Tivesse espaço, talvez estivesse mais longe, como aconteceu com a escola, apontada na seta amarela. No entanto, o professor, indicado pela flecha verde, está perto, junto desses sujeitos. Onde estão os agentes socioeducativos? O psicólogo, o assistente social... onde estão as equipes de atenção em meio a essa rede social, a esse mapa tomado de luz, vida, cor, desejo, alegria, mapa em que o “amigo do mal” foi lembrado, colocado, discutido e até mesmo considerado importante? Tem os membros importantes da família (mãe, irmãos, vó e vó, tio e tia, primo e prima) – o pai não foi mencionado como importante, não foi colocado (seria a ausência do personagem do pai que torna as famílias desestruturadas?). O tema do pai merecia estudo aprofundado (outro trabalho), mas aqui aborda-se o trabalho com a medicalização da juventude. A presença/ausência do pai não é tema particular a este grupo, mas à sociedade, não só machista, mas com fartas defesas de um lugar aos homens em distância do cuidar, educar, ouvir e acolher caseiros, devendo promover a exposição, o risco, o treinamento com a dor, a vida de rua. Os trabalhadores do Centro não foram destacados (sequer lembrados?). Vê-se a ação e a produção pedagógica engendradas com o lugar da professora garantido na residência em saúde mental coletiva. Tornando, assim, de forma viva, a educação como produção e promoção de saúde.

Num outro painel da Educação Permanente em Saúde com os trabalhadores, percebemos uma preciosidade na figura resultante a uma nova pergunta geradora: “na visão dos trabalhadores, como os jovens pensam a medicação?” A pergunta remetia a um colocar-se na dimensão do outro – o jovem – deslocar e descolar-se de si, para se pensar como o jovem, como o interno. Olhemos para a imagem maior colada no painel mural (Figura 4), essa acompanhada do descritor “Fuga da realidade”. Esse ponto apareceu muito na voz dos trabalhadores, tomando este como

ISSN: 1984-6444 | <http://dx.doi.org/10.5902/1984644433184>

um dos principais motivos da solicitação por medicamentos realizada pelos jovens. Os trabalhadores estavam dizendo que a “hipermedicação” era solicitada pelos jovens, a fim de “fugirem da realidade”. Alguns trabalhadores confirmam que a fuga pelo medicamento é sim para suportar o espaço da internação, outros trouxeram a ideia de uma fuga da realidade de sua própria história/vida ou da infração cometida. Esclarecem que se está no prontuário um “se necessário”, a medicação pode ser administrada, caso contrário não há o que fazer. Segundo o pessoal técnico em enfermagem, às vezes acontece de quem precisa não querer e de quem não precisa querer usar. Anotamos: “às vezes eu sei que aquele guri não precisa de remédio, mas o psiquiatra deu, o que vou fazer? Eu não tenho formação pra isso”. “É difícil, porque o médico vê o guri só no horário marcado, a gente tá com ele todo dia”.

Figura 4: Painel Mural “Dialogando sobre a Medicação”



Fonte: Elaboração a partir da pesquisa realizada

Assim nos damos conta de que tipo de poder opera no local. A medicação, no contexto das medidas socioeducativas, não está vinculada somente ao ato de dar remédio. De um lado, coloca-se como engrenagem, como máquina disciplinar e como regulação da vida; de outro, coloca-se como possibilidade ao esquecimento, esquecimento da dor subjetiva (de estar aprisionado, de estar sem família, de ter cometido um ato em conflito com a lei...). A mesma trabalhadora que afirmou “não ter

o que fazer” também disse que algumas vezes administra placebo – tanto para o jovem que não tem o “se necessário” em seu prontuário, quanto para o sujeito “hipermedicado” e que tal ação ocorre em interlocução com alguns trabalhadores. Repetimos: “com alguns”. Esse aspecto e o diálogo sobre ele foram possíveis a partir da produção pedagógica da educação permanente em saúde. O tema da “medicalização” foi preciosamente bem abordado pelo núcleo profissional da pedagogia e mereceu toda essa narratividade.

Os motivos para consumir/não consumir medicamentos, a quem compete e porque esta decisão, como ampliar o domínio e autonomia sobre seu uso, como incluir os jovens na conversa sobre esse consumo... Medicamento para o esquecimento (necessário) do aprisionamento, da vida que levou ao aprisionamento, do sofrimento ou transtorno psíquico efetivamente presentes. O que, como, quando e porque poderia substituir os medicamentos psiquiátricos? Qual o papel do psiquiatra e do pedagogo em interface? Os jovens querem medicamento e querem professor? Sobretudo professor e medicamento, mais que quaisquer outras ofertas? O Centro de Atendimento Socioeducativo, a escola e os serviços de saúde estão nas margens externas de defesa de suas vidas. Medidas socioeducativas, família e sociedade são as defesas que motivaram a lei, mas, nas figuras da educação permanente em saúde ou do grupo de gestão autônoma da medicação, onde estão as equipes de atenção em meio às redes sociais? No mapa dos adolescentes comparece o “amigo do mal”, mas o pai não foi mencionado como importante, nem foi colocado; assim como os trabalhadores, sequer lembrados. Escola fora do círculo, professora no centro do círculo. Sobre o lidar e pensar a medicação, uma enorme figura sobre a fuga da realidade. Professora (lembramento do estudar) e fuga da realidade (esquecimento psicotrópico): que relações tecem/destecem/retecem em presença de escrita, desenho, leitura, seleção de literatura, rodas de aula-conversa, construções de ler-se/escrever-se da prática pedagógica? Paiva-de-Campos (2014) sugeriu “conversas-em-ação”, no trabalho educativo com jovens e adultos. Amorim (2017) enunciou “fabulografemas”, com base da presença da literatura de ficção científica em uma educação como saúde.

Considerações Finais

Entende-se que a experiência colocada em evidência indica um caminho de intervenções docentes, pedagógico-educacionais, de escuta pedagógica, mais que noções amplas de educação, a educação como intervenção pedagógica local, em ato, em cenas de encontro *na* ou *com* a saúde. Produções ativadas por falas, cartazes, mapas falantes e mapas de círculos em rede, painéis-murais dialogados. Risco e rabisco de painéis com canetinhas, tracejados, linhas, recortes de revista, bandeirinhas de poesia... Produções e caminhos também construídos pelo silêncio, mas um silêncio atento, atenção construída pelo olhar pedagógico, mas também pela prática mestiça (CECCIM, 2006) da pedagogia na saúde mental coletiva. Das marcas dessas produções, insistiremos em uma, tanto quanto insistem nossos colegas da saúde, colegas de residência, colegas da educação, colegas trabalhadores nos serviços de saúde: há, sim, um lugar para a pedagogia nas Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, como há nas residências em pediatria hospitalar, pediatria de atenção básica, serviços de atenção à saúde para pessoas com deficiência, academia da saúde, abordagens em drogas e redução, saúde da população de rua, entre outras demandas e necessidades da educação como saúde. Esse lugar que era único no país e, por falta de bolsas, está interrompido, é lugar por onde tantos passaram e a partir dele continuaram outros começos. Esse lugar oportuniza aquilo que se coloca essencial a todos que atuam *em* e *na* saúde: formação em serviço, formação em saúde.

A partir da trajetória de uma pedagoga em uma residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva foi possível colocar em discussão as ações desta categoria profissional na área da saúde mental. A abordagem abrangeu o percurso e as produções cartográficas da residência em pedagogia, sua preceptora e tutoria, realizadas na saúde. Dos diversos cenários de atuação da pedagogia na residência, deu-se destaque a um projeto de ação de “Educação Permanente em Saúde”, desenvolvido com trabalhadores e jovens de uma unidade de atendimento socioeducativo, cenário onde são requeridos assistente social, cirurgião-dentista, educador físico, enfermeiro, pedagogo, psicólogo e psiquiatra. A

experimentação/vivência mostrou que os pedagogos têm a oferecer no campo da saúde mental coletiva, sendo convocados e demandados de diferentes formas, proporcionando um olhar da educação à saúde. No entanto, constata-se a falta de oferta de formação em saúde para profissionais de pedagogia, já oferecida para as demais categorias profissionais que atuam, durante a graduação, no campo da saúde.

Fica um questionamento, o qual não precisa ser necessariamente respondido de forma objetiva ou direta, talvez ele tenha sido respondido com a potência da experiência trazida neste artigo e talvez precise ainda de outras respostas: que oportunidades de formação têm um pedagogo em saúde mental coletiva, considerando este um local para seu trabalho? A pedagogia segue sendo convidada e convocada a compor na saúde, pelos editais e normativas do SUS, pelas crianças, jovens e adultos, pela educação na saúde. Compreendendo a necessidade desta escrita continuar, mas com um novo começo, vê-se a emergência de abrir (novamente) espaço para a pedagogia em residências em saúde mental coletiva, deixando de ser uma particularidade, um estranhamento, passando a compor as equipes multiprofissionais de saúde, passando a receber formação em saúde para as chances de uma educação como saúde.

Referências

AMORIM, A.S.L. **Ficção científica, pedagogia-fabulação**: um fabulografema de Nós, de levguêni Zamiátin. Projeto de Tese (doutorado). 2017. 69f. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BAPTISTA, C.R. **A Inclusão e seus sentidos**: entre edifícios e tendas. In: BAPTISTA, C.R. (Org.) **Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas**. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 83-93.

BORGES, R.L.; CECCIM, R.B. O cartografar da grande saúde das ruas em “ir vir permanecer”. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 1, p. 70-81, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 177, p. 39-40, 14 set. 2001. Seção 1.

ISSN: 1984-6444 | <http://dx.doi.org/10.5902/1984644433184>

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Programa Justiça ao Jovem. Panorama Nacional: a execução das medidas socioeducativas de internação.** Brasília: CNJ, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995.** Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 199, p. 319-320, 17 out. 1995. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações.** Brasília: MEC/SEESP, 2002a. 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersetorial** [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2011 out. 3]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 96, p. 37-38, 21 mai. 2013. Seção 1 (3ª republicação por incorreção no original).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 34, p. 22, 20 fev. 2002b. Seção 1.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R.B. Equipe de Saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.) **Cuidado: as fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 259-278.

CECCIM, R.B. et al. Residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 127-144.

ISSN: 1984-6444 | <http://dx.doi.org/10.5902/1984644433184>

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 211-226.

CECCIM, R.B.; PALOMBINI, A.L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia e sociedade**, v. 21, n. 3, p. 301-312, 2009.

CHRISTOFARI, A.C.; FREITAS, C.R.; BAPTISTA, C.R. Medicalização dos modos de ser e aprender. **Educação & realidade**, v. 40, n. 4, p. 1079-1102, 2015.

COUTO, P.G.S. **Pedagogia em espaços de saúde: um olhar sobre a atuação de pedagogas(os) na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva**. 2016. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia), Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

DALMASO, D.F. **Pedagogia da mandala: a pedagogia inventando e tecendo a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva**. 2013. 57f. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização/Residência). Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia - v. 1**. São Paulo: 34, 1995.

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ONOCKO-CAMPOS, R. et al. **Gestão autônoma da medicação (GAM): um guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos – Guia do Usuário**. Campinas: Unicamp; Niterói: UFF; Porto Alegre, Ufrgs, 2012, p. 3.

FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA Jr. B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 57-68.

JAFFE, N. **Livro dos começos**. São Paulo: Cosac Naify, 2016.

MATURANA, H. **Entrevista: Humberto Maturana e a importância do amor**. 2012. Disponível em: <http://casa.abril.com.br/materia/entrevista-humberto-maturana-e-a-importancia-do-amor>. Acesso em 13/11/2017

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. **Gestão autônoma da medicação (GAM): um guia para o cuidado compartilhado de medicamentos psiquiátricos – Guia do Moderador**. Campinas: Unicamp; Niterói: UFF. Porto Alegre: Ufrgs, 2012.

ISSN: 1984-6444 | <http://dx.doi.org/10.5902/1984644433184>

PALOMBINI, A.L. et al. Sobre a saúde mental coletiva: o que nos ensinam as crianças. In: DEMOLY, K.R.A.; FREITAS, C.R. **Rede de oficinas na saúde e na educação: experiências que configuram formas de convivência**. Mossoró: EdUFERSA, 2016. p. 203-220.

PAIVA-DE-CAMPOS, J.D. **Cartografia de vida no trabalho educativo com jovens e adultos: conversas-em-ação**. 2014. 72f. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PEIXOTO, A.G. **Educação e trabalho: costuras, tecidos e bordados de uma docência desterritorializada, que procura a saúde**. Caxias do Sul: Editora da UCS, 2007.

SANTOS, L.M. **Educo(trans)formação: ensino, aprendizagem e mutação como componentes imateriais do trabalho – o caso da gestão local em saúde**. 2018. 125f. Tese (doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

WERNER, S.; FREITAS, C.R.; BEDIN-DA-COSTA, L. O hospício e o fora: um olhar pedagógico entre dores e amores. In: FERLA, A.A. et al. (Org.). **Residências em saúde e o aprender no trabalho: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 35-54.

Correspondência

Sheyla Werner — Universidade Federal do Rio Grande do Sul — Av. Paulo Gama, 110, Farroupilha, CEP 90040-060, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)