



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**PSICOLOGIA E MEDICINA: QUALIFICANDO ACADÊMICOS DE
MEDICINA PARA UMA FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA.**

DJALMA ALVES MAGALHÃES GOMES JÚNIOR

*Sob a Orientação da Professora Doutora
Luciene de Fátima Rocinholi*

Tese submetida para banca de defesa,
como requisito para obtenção de grau
de Doutor em Psicologia, no Curso de
Pós-Graduação em Psicologia.

Seropédica, 2025

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G633p

Gomes Júnior, Djalma Alves Magalhães, 1994-
PSICOLOGIA E MEDICINA: QUALIFICANDO ACADÊMICOS DE
MEDICINA PARA UMA FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA / Djalma
Alves Magalhães Gomes Júnior. - Rio de Janeiro, 2025.
149 f.

Orientadora: Luciene de Fátima Rocinholi.
Tese(Doutorado). -- Universidade Federal Rural do Rio
de Janeiro, Psicologia, 2025.

1. Psicologia Médica. 2. Humanidades Médicas. 3.
Formação médica. 4. Humanização em saúde. 5. Unidade
Básica de Saúde. I. Rocinholi, Luciene de Fátima ,
1969-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio
de Janeiro. Psicologia III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DJALMA ALVES MAGALHÃES GOMES JÚNIOR

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Doutor em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Clínica, saúde e educação na contemporaneidade.

TESE APROVADA EM ____/____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciene de Fátima Rocinholi (Orientadora)
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

Prof^a. Dr^a. Carla Cristine Vicente
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ

Prof^a. Dr^a. Carla Ribeiro Guedes
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof^a. Dr^a. Williana Nunes de Moraes Louzada
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof. Dr. Ricardo Sparadan Pena
Universidade Federal Fluminense - UFF

Aos 09 dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e cinco, às 9h, na plataforma Meet, instalou-se a banca examinadora de tese de doutorado do aluno Djalma Alves Magalhães Gomes Júnior sob a orientação da professora Luciene de Fátima Rocinholi. A banca examinadora foi composta pelos professores/pesquisadores Carla Cristine Vicente, Carla Ribeiro Guedes, Williana Nunes de Moraes Louzada, Ricardo Sparadan Pena. A tese intitulada Psicologia e medicina: qualificando acadêmicos de medicina para uma formação médica humanizada, foi iniciada as 9h e teve a duração de 30 minutos de apresentação. O (a) Candidato (a), após avaliado pela banca examinadora obteve o resultado:

(X) APROVADO (a), devendo o (a) Candidato (a) entregar a versão final em até 60 dias à sua coordenação de curso (de acordo com a Deliberação Nº 631, de 1º de novembro de 2023).

() APROVADO (a) COM RESSALVA, devendo o (a) Candidato (a) satisfazer, no prazo estipulado pela banca, as exigências constantes da Folha de Modificações de Tese de Doutorado anexa à presente ata. Após, entregar a versão final em até 60 dias à sua coordenação de curso (de acordo com a Deliberação Nº 631, de 1º de novembro de 2023).

() REPROVADO (a).

Seropédica, 09 de Setembro de 2025.

Dra. CARLA RIBEIRO GUEDES, UFF
Examinadora Externa à Instituição

Dr. RICARDO SPARADAN PENA, UFF
Examinador Externo à Instituição

Dra. WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA
Examinadora Externa à Instituição

Dra. CARLA CRISTINE VICENTE, UFRRJ
Examinadora Externa ao Programa

Dra. LUCIENE DE FATIMA ROCINHOLI, UFRRJ
Presidente

DJALMA ALVES MAGALHÃES GOMES JÚNIOR
Doutorando

OBSERVAÇÃO: Esta ata é documento administrativo de uso exclusivo da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação e NÃO pode ser utilizada a título de comprovação de Grau pelo candidato, que deve seguir o trâmite institucional para emissão de Diploma, Histórico Escolar e demais declarações.

FOLHA DE APROVAÇÃO COM ASSINATURA DIGITAL



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
SISTEMA INTEGRADO DE PATRIMÔNIO, ADMINISTRAÇÃO E
CONTRATOS

FOLHA DE ASSINATURAS

TERMO N° 776/2025 - DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 09/09/2025 20:18)
CARLA CRISTINE VICENTE
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matricula: ###704#3

(Assinado digitalmente em 09/09/2025 19:31)
LUCIENE DE FATIMA ROCINHOLI
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matricula: ###936#2

(Assinado digitalmente em 10/09/2025 12:48)
RICARDO SPARAPAN PENA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: ###.###.508-##

(Assinado digitalmente em 10/09/2025 19:13)
CARLA RIBEIRO GUEDES
ASSINANTE EXTERNO
CPF: ###.###.597-##

(Assinado digitalmente em 12/09/2025 07:52)
WILLIANA NUNES DE MORAES LOUZADA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: ###.###.847-##

Visualize o documento original em <https://sipac.ufrrj.br/documentos/> informando seu número: 776, ano: 2025, tipo: TERMO, data de emissão: 09/09/2025 e o código de verificação: 7d0d37fcda

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese para duas pessoas que me estarão para sempre no meu coração:



À minha amada avó materna, **Erenice Campos Maciel**, a quem todos conheciam por “Irene”. Nunca conseguiu frequentar a escola, mas conseguiu aprender a ler e escrever em casa, criou os filhos, netos e bisnetos como uma fortaleza.

Tinha o sonho de ver eu me tornar doutor. Minha avó, obrigado por me ensinar que “*os jovens podem se cansar, exaustos podem tropeçar, mas os que esperam no Senhor, como águias vão voar... e de nós Se lembrará*”.

Seus 92 anos foram muito bem vividos e espero poder honrar seu legado na minha vida.



Ao meu companheiro de jornada, **Victor Moreira Guedes**, meu pequeno Vítu, que tinha o sonho de ser psicólogo, que foi a primeira pessoa a me ouvir apresentar e discutir comigo todos os casos atendidos nesta pesquisa, que me acolheu em todos os desafios que surgiram e ainda acreditou em mim e na minha capacidade de terminar esse trabalho tão importante.

Essa tese foi escrita com muito afeto, não apenas por conta da sua perda, mas porque foi você que me proporcionou a criação de caminhos saudáveis para continuar.

Você nunca vai ser esquecido por mim, meu bem. Obrigado por ter sido *a maior força do mundo*.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, minha mãe **Hosana Maria Campos Maciel**, minha irmã **Amanda Campos de Magalhães Gomes**, meu irmão **Vinícius Campos Lima** e meu sobrinho **Icaro Campos de Magalhães Gomes**. Só tive condições de terminar esse trabalho, porque essas 4 pessoas me deram condição para que isso fosse possível. Vocês me sustentaram em amor e cuidado e, mesmo no meio das trevas, eu pude ver a luz por causa de vocês.

À minha orientadora, **Luciene de Fátima Rocinholi**, que me acudiu em tudo que aconteceu desde o início do doutorado, em 2021, me relembrando que eu também precisava me humanizar nessa jornada.

Aos meus amigos, **Roberta Petrocchi** e **Gean Ribeiro**, que foram o suporte e o acolhimento para a pesquisa e para a vida. Obrigado por tudo.

Aos **estudantes do quinto período da graduação em Medicina do Centro Universitário Multivix, nos períodos 2022.2, 2023.1. e 2023.2** e aos **funcionários da Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz**, por embarcarem comigo na montanha russa que foi o ambulatório de Humanidades Médicas 5.

Aos pacientes que confiaram em mim e nas minhas equipes.

À mim mesmo, por ter tido coragem.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

EPÍGRAFE

“Es gibt ganze Welten, die sich nur demjenigen offenbaren, der aufmerksam zuhört”

(Há mundos inteiros que só se revelam a quem escuta com delicadeza)

(Autor desconhecido).

RESUMO

GOMES JÚNIOR, D. A. M., ROCINHOLI, L. F. (2025). **Psicologia e Medicina: qualificando acadêmicos de Medicina para uma formação médica humanizada.** Tese de doutorado. Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 150p.

A presente pesquisa se delineou a partir do desafio de criar um ambiente prático para a disciplina obrigatória de Humanidades Médicas 5, ministrada no quinto período da graduação em Medicina e realizada na Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz - UBSMO, em Vitória-ES, e que visou desenvolver habilidades de escuta, vínculo e acolhimento. Por meio do Método da Cartografia, buscamos compreender as contribuições do ambiente prático para a formação médica, analisando 1.061 relatos de Diários de Bordo produzidos individualmente por 180 alunos, reunidos em 45 grupos e pelo pesquisador durante a realização das práticas nos semestres 2022.2, 2023.1 e 2023.2, em que foram atendidos 178 usuários da UBSMO com idade a partir de 5 anos. Os encontros ocorreram de acordo com o interesse espontâneo dos usuários ou da necessidade de atendimentos urgentes e incluiu 10 exercícios de Deriva, 78 entrevistas, 11 visitas domiciliares e 148 acolhimentos inspirados no Plantão Psicológico. A análise está dividida em 6 Jornadas. A Jornada 1, tratou dos desafios de planejar a disciplina em um curto prazo, articulando conceitos das Humanidades Médicas às Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, definindo as competências, avaliações e atividades que seriam realizadas inicialmente no CAPSi. A Jornada 2 descreveu a criação de um dispositivo de Deriva Psicogeográfica que, ao promover um espaço de confidencialidade e um plano comum construído em sala, estimulou uma atenção voltada à processualidade e permitiu mapear processos de produção de subjetividade do território em torno da UBSMO. Na Jornada 3, discutimos a experiência de elaborar e aplicar um roteiro de entrevista semiestruturado, com um manejo cartográfico, que demandou a construção de um *setting* clínico em conjunto com os entrevistados, a construção de métodos de observação e escuta in loco e o uso de tecnologias leves de cuidado à saúde, permitindo uma experiência de aproximação e acolhimento para os pacientes. Na Jornada 4, discutimos os relatos de 2 visitas domiciliares, para pacientes com transtorno mental grave, que funcionaram como um importante dispositivo de promoção de saúde e de retomada do cuidado à saúde mental na UBSMO. Na Jornada 5, apresentamos a construção de um dispositivo de acolhimento individual, inspirados no Plantão Psicológico, que permitiu acolher a processualidade das narrativas, as estratégias de enfrentamento e tecer intervenções para além da terapia farmacológica. Na Jornada 6, retratamos os efeitos possibilitados pela supervisão e discussão de caso para a formação médica a partir de diversos cenários de aprendizagem: personalista, imitação artesanal, reflexivo e clínico. A pesquisa funcionou como um laboratório inventivo de novas possibilidades de ser estudantes de medicina e futuro médico, compreender os desafios na escolarização médica na implementação de práticas humanizadas e, se tratando de uma pesquisa em movimento, que compuséssemos alternativas, novos modos de atuar em saúde, inventando novas saídas, movimentos, atitudes, habilidades e ferramentas que potencializassem a vida e catalisassem os processos de cuidado centrados na humanização.

Palavras-chave: Acolhimento psicológico; medicina; humanidades médicas; unidade básica de saúde; formação médica; humanização.

ABSTRACT

GOMES JÚNIOR, D. A. M., ROCINHOLI, L. F. (2025). **Psychology and Medicine: Qualifying Medical Students for a Humanized Medical Education.** Tese de doutorado. Instituto de Educação, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 150p.

The present research was outlined from the challenge of creating a practical environment for the mandatory course of Medical Humanities 5, taught in the fifth semester of the Medicine program and carried out at the Maria Ortiz Primary Health Unit (UBSMO), in Vitória, Espírito Santo. The course aimed to develop listening, bonding, and welcoming skills. Through the Cartographic Method, we sought to understand the contributions of the practical environment to medical training by analyzing 1,061 Field Journal reports produced individually by 180 students, organized into 45 groups, as well as by the researcher, during the practices conducted in the 2022.2, 2023.1, and 2023.2 semesters. In this period, 178 users of the UBSMO, aged 5 years and older, were assisted. The encounters took place according to the spontaneous interest of the users or in response to urgent care needs and included 10 psychogeographic walk exercises, 78 interviews, 11 home visits, and 148 welcoming sessions inspired by the Psychological Walk-In Service. The analysis is structured into six Journeys. Journey 1 addressed the challenges of planning the course within a short timeframe, articulating concepts of Medical Humanities with the National Curricular Guidelines for the Medicine program, defining competencies, assessments, and activities that would initially take place at the CAPSi. Journey 2 described the creation of a Psychogeographic walk device which, by fostering a space of confidentiality and a common plan built in the classroom, encouraged attention to processuality and enabled the mapping of processes of subjectivity production in the territory surrounding the UBSMO. Journey 3 discussed the experience of developing and applying a semi-structured interview guide, with cartographic management, which required building a clinical setting together with the interviewees, developing methods and using soft health care technologies, thus providing an experience of approach and welcoming for patients. Journey 4 focused on reports of two home visits to patients with severe mental disorders, which functioned as an important device for health promotion and for resuming mental health care at the UBSMO. Journey 5 presented the development of an individual welcoming device, inspired by the Psychological emergency attendance model, which made it possible to embrace the processuality of narratives, coping strategies, and to weave interventions beyond pharmacological therapy. Journey 6 portrayed the effects enabled by supervision and case discussion for medical training through diverse learning settings: personalist, artisanal imitation, reflective, and clinical. This research functioned as an inventive laboratory of new possibilities of being medical students and future physicians, of understanding the challenges of medical education in implementing humanized practices, and being a research in movement of composing alternatives, new ways of acting in health care, inventing new pathways, movements, attitudes, skills, and tools that could enhance life and catalyze care processes centered on humanization.

Keywords: Psychological attendance; medical school; medical humanities; basic health Unit; medical graduation.

APRESENTAÇÃO

Nenhuma pesquisa que se propõe ser séria se faz no encontro com o acaso. Há de se considerar a complexa rede de forças que engendra os movimentos que tornam possível delinear um estudo, quanto mais se tratando de uma tese de Doutorado. Meu ímpeto de contribuir para a transformação das práticas de saúde, as práticas médicas pra ser mais específico, remontam minha adolescência, no dia-a-dia da utilização do Sistema Único de Saúde como única porta em que pude bater para buscar atendimento e cuidado.

Em 2009, fui envolvido por um processo de degradação da minha saúde física, manifestada através de incontáveis lesões inflamadas em forma de placa, num processo de exsudação ininterrupto, que além de produzir muita dor, devastou minha saúde mental. A jornada pela busca de tratamento adequado me conduziu para uma série de atendimentos com médicos de perfis diversos, mas com uma característica em comum: o transbordamento da impessoalidade na relação médico-paciente. A cada encontro, eu virava uma senha, um número de cadastro numa ficha e um suposto diagnóstico, tudo isso enquanto e superabundava a ausência de aproximação.

Meu primeiro movimento de enfrentamento significativo veio em 2010, quando realizei o concurso para ingressar numa escola técnica pública e estadual para cursar o ensino médio concomitante ao curso técnico em Enfermagem. Havia um motivo muito plausível: combater a impessoalidade que encontrei nos serviços de saúde por dentro, como um profissional que atua no Sistema Único de Saúde. Os estágios que realizei ratificaram minha avaliação pessoal a respeito do cuidado oferecido nos dispositivos de saúde; não se tratava apenas de uma impessoalidade e falta de interesse para tratar da minha saúde, mas da maioria dos pacientes que encontrei nas enfermarias, leitos, nos corredores lotados, nas recepções à espera de um atendimento. Como um coro uníssono que ecoava nas instituições de cuidado, era possível reconhecer os efeitos da falta de humanização na relação profissional-paciente na oferta de cuidado. Entretanto, constatar que havia uma produção em série de profissionais pouco humanizados me fez compreender que se tornava necessário tecer intervenções ainda nos espaços de formação, nas escolas de saúde e nas universidades, promovendo espaços de discussão para que fosse possível superar o modelo de atendimento que encontrei por onde caminhei.

A sensação de desesperança a respeito do cenário de cuidado me fez desistir de cursar Medicina em 2013 e ingressar, em 2014, no curso de Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (Rural), faculdade onde a formação tem uma ênfase na pluralidade das áreas da psicologia, descentralizada da clínica de consultório. Com isso, foi possível que eu fosse instruído a partir da experimentação de uma série de práticas. De início, em 2015, participei de um Laboratório de Estudos sobre a Violência contra Crianças e Adolescentes, oferecendo acolhimento, escuta e tecendo vínculos com os dispositivos de saúde e as instituições de acolhimento para a construção de um plano de cuidado para as vítimas de violência. Nossa grupo tratava não apenas de oferecer atendimentos, mas capacitava os estudantes para atuar de modo individual, grupal, desenvolvendo oficinas, palestras e ferramentas de intervenção marcadas pela humanização.

Em 2016, fui aluno de iniciação científica de um projeto que se propôs compreender a rede de encaminhamentos da queixa escolar em um município vizinho à Rural, onde crianças

com dificuldades de aprendizagem eram “jogadas” para um Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi, com hipóteses de transtorno mental, sem que recebessem acompanhamento médico e educacional adequado. Com isso, foi possível elaborar estratégias de intervenção, tanto no campo da educação, com os professores, coordenadores e pedagogos, quanto com os profissionais do CAPSi, permitindo tecer novas possibilidades para a rede de cuidado.

Em 2017, integrei um projeto de acolhimento grupal para calouros da Universidade Rural, com foco na promoção de saúde e, com isso, fortalecer a saúde mental dos estudantes e fomentar uma formação acadêmica mais humanizada. No mesmo ano, participei como monitor das disciplinas Dinâmica de Grupo, Psicologia das Relações Humanas e Psicologia e Educação: conexões e diálogos. Em todas elas, o tema humanização transversalizava as discussões; buscávamos tecer novos sentidos para as práticas profissionais e construir novos territórios para a formação acadêmica marcada pelo rigor técnico, com pouca ênfase nas relações. Ingressei, ainda, no estágio profissional dentro de uma escola federal, elaborando e implementando um programa de promoção de saúde para os alunos adolescentes, a partir de práticas grupais, oficinas, palestras, rodas de conversa, plantões psicológicos, dentre outras inúmeras atividades, com a finalidade de humanizar o território escolar e oportunizar espaços de construção de saúde mental de maneira potente.

Muitas outras experiências surgiram desde minha formatura, no Mestrado, na Residência, nas pós-graduações que cursei, até que eu adentrasse, em 2022, ao Centro Universitário Multivix, como docente do curso de graduação em Medicina. Havia ali o encontro entre duas grandes demandas: do lado do Centro Universitário, a imediata necessidade de construir um modo de ensinar humanidades para os futuros médicos; do meu lado, o interesse em tecer caminhos que possibilitassem práticas de saúde mais humanizadas, pondo em funcionamento o arsenal teórico-metodológico e de práticas acumuladas nos 12 anos anteriores à minha contratação. O acompanhamento desse encontro me motivou a tecer uma série de diários que me permitiram narrar os desafios de contribuir com a humanização da formação médica na contemporaneidade, marcada mais do que nunca pela impessoalidade no atendimento.

Atesto abertamente que esta tese é mais uma peça do meu grande quebra-cabeça que carrega em si o objetivo de tecer estratégias que superem e, mais do que isso, que exterminem as práticas de cuidado desumanizadas. A tese está organizada numa espécie de colcha de retalhos, cujas ferramentas foram lançadas mão a partir do agenciamento de muitos afetos, experiências, práticas, reflexões, pensamentos e da necessidade de pôr em funcionamento aberturas que permitissem novas saídas para a prática médica humanizada de cuidado à saúde no Brasil.

Com isso, desejo que a leitura te desconforte, assim como eu me desconforrei durante as vivências do campo de prática e na elaboração da Cartografia, mas que seja um desconforto que abra novos horizontes, que favoreça devires e a tecedura de novas territorializações. Respire fundo e, munido de prudência, que se faça um bom mergulho!

Djalma, o pesquisador-professor.

SUMÁRIO

FICHA CATALOGRÁFICA	ii
FOLHA DE APROVAÇÃO	iii
FOLHA DE APROVAÇÃO COM ASSINATURA DIGITAL	iv
DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
EPÍGRAFE	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
APRESENTAÇÃO	x
SUMÁRIO	xii
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	18
3 O MÉTODO DA CARTOGRAFIA E O DIÁRIO DE BORDO	19
3.1 Os Diários de bordo da pesquisa	20
3.2 Os Participantes-estudantes	20
3.3 A Comunidade atendida	22
3.4 Etapas de Análise e discussão dos dados	22
3.4.1 Etapa 1 - organização e catalogação dos diários de bordo	22
3.4.2 Etapa 2 - leitura assistemática	22
3.4.3 Etapa 3 - leitura sistemática	23
3.4.4 Etapa 4 - primeira separação de tópicos	23
3.4.5 Etapa 5 - releitura dos diários de bordo	24
3.4.6 Etapa 6 - levantamento bibliográfico para discussão	24
3.4.7 Etapa 7 - redação da cartografia	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
JORNADA I - A CONSTRUÇÃO DOS OBJETIVOS DE UMA DISCIPLINA PRÁTICA DE HUMANIDADES MÉDICAS	26
1 O Processo seletivo e a descoberta das humanidades médicas	26
2 O Referencial teórico para a elaboração da disciplina prática de humanidades	27
2.1 Breve histórico da formação em Medicina	27
2.2 As Humanidades médicas	28
3 O Planejamento da disciplina prática	30
3.1 A Construção das competências	20
3.1.1 A primeira competência: comunicação	31
3.1.2 A segunda competência: acolhimento	32

3.1.3 A terceira competência: vínculo	33
3.1.4 A primeira avaliação das competências	34
4 O campo de prática: o CAPSi	34
4.1 A Elaboração das atividades no CAPSi: o “Grupo Nômade”	36
JORNADA II - A EXPERIÊNCIA DE DERIVA PSICOGEOGRÁGICA NA PROPOSTA DE FORMAÇÃO MÉDICA	38
1 Introdução: a mudança de campo de prática de humanidades médicas 5	38
2 O percurso metodológico da Deriva Psicogeográfica	40
3 Resultados e discussão: a prática de Deriva Psicogeográfica no bairro de Maria Ortiz	41
3.1 Deriva 1: A construção de um plano comum e a cartografia das formas e forças	41
3.2 Deriva 2: “Acho que preciso olhar melhor por onde estou andando”	46
3.3 Deriva 3: “Olhe mais uma vez e veja se consegue ver algo diferente”	49
JORNADA III - A ENTREVISTA CARTOGRÁFICA COMO FERRAMENTA DE APRENDIZAGEM MÉDICA EM HUMANIDADES	53
1 Introdução: a ausência de grupos terapêuticos na UBSMO e a Entrevista Cartográfica.	53
2 O percurso metodológico da entrevista cartográfica	54
3 Resultados e discussão: a prática de Entrevista Cartográfica na aquisição de habilidades de comunicação, acolhimento e vínculo	55
3.1 A Elaboração da entrevista: ouvir ou escutar?	55
3.2 A Ida a campo: a invenção do encontro	59
3.3 A Entrevista: a invenção da aproximação	64
JORNADA IV - CARTOGRAFANDO VISITAS DOMICILIARES: CONTRIBUIÇÕES ESQUIZOANALÍTICAS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA	68
1 Introdução	68
2 Percurso metodológico	69
3 Cartografias das Visitas Domiciliares	70
3.1 Caso Irene: “estou aguardando o Príncipe Charles, meu marido”	70
3.1.1 Parte 1: a visita	70
3.1.2 Parte 2: o pós-visita	76
3.2 Caso Victor: “minha amada foi embora...”	77
3.2.1 Parte 1: a visita inesperada à UBSMO	77
3.2.2 Parte 2: a visita ao mercadinho	79
3.2.2 Parte 3: o pós-visita	83
JORNADA V - A CONSTRUÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE ACOLHIMENTO INSPIRADO NO PLANTÃO PSICOLÓGICO PARA A FORMAÇÃO EM MEDICINA	85
1 Introdução	85
2 O plantão psicológico	86
2.1 O Plantão psicológico no contexto da saúde	87
2.2 O Plantão psicológico como ferramenta para a formação	88
3 Percurso metodológico	89
4 Cartografias do dispositivo de acolhimento	91

4.1 A Abertura do encontro	91
4.2 A Invenção do vínculo terapêutico	94
4.3 A oferta de acolhimento e objetivos do atendimento/aliança terapêutica	96
4.4 A Construção de métodos de escuta/expressão	98
4.5 A Identificação da demanda	100
4.6 O Mapeamento dos fatores produtores da demanda	103
4.7 O Mapeamento, avaliação e invenção de estratégias de enfrentamento	107
4.8 O Encerramento do atendimento	109
JORNADA VI - AS CONTRIBUIÇÕES DA SUPERVISÃO E DISCUSSÃO DE CASO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA EM HUMANIDADES	113
1 Introdução	113
2 Percurso metodológico	113
3 Discussão	114
3.1 A Invenção da supervisão: o cenário pessoalista	114
3.2 Aprendendo por observação: o cenário de imitação artesanal	115
3.3 Aprendendo pela Ação e reflexão: o cenário reflexivo	118
3.4 A Supervisão do grupo: o devir-grupo	119
3.5 A elaboração e conceituação de caso: o cenário clínico	121
3.6 Os Efeitos da supervisão interdisciplinar	123
5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA	127
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA TESE	134
7 ANEXO	149
7.1 Termo de anuência institucional	149

1 INTRODUÇÃO

É indiscutível o fato de existir uma dimensão humana na prática médica. Entretanto, nem sempre o modo de atuar nesta dimensão reflete as especificidades do sofrimento humano, a compreensão das manifestações sociais e culturais do adoecimento ou a importância do contato e cuidado humanizado entre médicos e pacientes (Rios, 2016). Com fins de se distanciar de uma prática mística e religiosa, herança da Idade Média, a medicina recebeu influências positivistas a partir do século XVIII, visando compreender o ser humano, seu processo de adoecimento e a construção de ações de recuperação da saúde de modo mais racional, técnico e sistematizado (Rios, 2010). O que se observa é que a busca pela objetividade, racionalidade e neutralidade tornou a prática médica impessoal, desumana, focada na doença e não na pessoa e com ações de cuidado universais, que desconsideram variáveis individuais em torno dos processos de saúde-doença, como aspectos afetivos e psicológicos (Garcia Júnior, 2020).

Críticas ao excesso de objetividade no cuidado, à precarização do serviço de saúde e à “tecnificação” da assistência médica ganharam espaço desde meados do século XX. A necessidade de humanizar a assistência e de ampliar a qualidade e o acesso à saúde foram pautas com discussão consolidada na 11^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 2000, indicando a necessidade de atualização curricular dos cursos da área da saúde e de capacitação aos profissionais de saúde já inseridos na rede de cuidado (Rios, 2016; Garcia Júnior, 2020). Como desdobramento da 11^a CNS, foram implementadas novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 (DCN) e, em 2003, criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde. Os dois documentos descrevem a necessidade de superar a dicotomia “humanismo” e “tecnicismo” na formação acadêmica e na atuação profissional e influenciaram a inserção de componentes relacionados com as disciplinas de humanidades no currículo médico, denominando de “Humanidades Médicas” o eixo curricular com influências vindas da filosofia, ética, psicologia e política, que visavam a construção de uma escolarização baseada na humanização (Rios, 2010; Rios, 2016; Garcia Júnior, 2020).

As Humanidades Médicas surgiram com o desafio de implementar seu escopo teórico e metodológico a partir de novas práticas de cuidado à saúde baseadas na ética e na humanidade e que possibilissem que o acadêmico de medicina construísse sua identidade profissional nestes valores, tornando fundamental a inserção, a análise e o acompanhamento de atividades acadêmicas que visam contribuir para a construção de práticas médicas mais humanizadas (Ayres, Rios, Schraiber, Falcão e Mota, 2013). A medicina é uma área de atuação que é reconhecida com íntima associação com as relações humanas e recebe forte impacto destas em sua prática (Moura et al, 2020). O ofício médico requer um conhecimento técnico para sua execução e, com igual importância, a aquisição de habilidades que permitam a aplicação da técnica de maneira a promover e recuperar a saúde das pessoas (Medeiros, Trindade e Almeida, 2013). O Ministério da Educação, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2001), aponta que o graduando deverá receber uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, visando atuar nas ações de prevenção e promoção de saúde, de maneira individual e coletiva, com responsabilidade social, visando a defesa da cidadania e da dignidade humana, reconhecendo a saúde como um processo integral e ter a transversalidade

como pilar da sua prática (Brasil, 2001). O objetivo principal desta Diretriz é favorecer uma formação médica de maneira generalista e humanizada.

Com o avançar da formação na graduação, principalmente na transição do ciclo básico para o ciclo clínico, é percebida uma queda da capacidade empática, aspecto fundamental para o acolhimento dos pacientes, para a oferta de um cuidado completo e humanizado, para a acurácia diagnóstica e para o aumento do bem-estar e satisfação dos pacientes (Moura et al, 2021). O que se observa é que o aumento do número de atendimentos, as competências curriculares e a rotina estressante são componentes que contribuem para manejo impessoal dos atendimentos (Peixoto, 2020; Grahan, 2016). A falta de inserção de competências relacionadas às humanidades no currículo médico é também observada nas graduações e, quando existe, há forte desinteresse dos estudantes, falta de preparo adequado dos docentes, técnicas pouco precisas e/ou estabelecidas de maneira não sistemática (Medeiros, Santos e Trindade, 2015; Moura et al, 2020).

Apesar de haver uma Diretriz que normatiza a formação em medicina, o texto oficial não conceitual as competências humanas que o estudante deve desenvolver (Moura et al, 2020). O que se observa, na literatura publicada até a presente data, é que a formação humanista demanda competências relacionadas com a compreensão da expressão do sofrimento humano, o adoecimento de maneira contextualizada, os vínculos e a comunicação entre médico e paciente, além da construção da tomada de decisão clínica e assistencial de maneira não-impessoal (Ayres, 2013).

Neste sentido, se torna indispensável a inserção e análise de atividades acadêmicas que favoreçam o desenvolvimento de habilidades de escuta e vínculo, que visam contribuir para a construção de uma prática profissional mais humanizada, com comunicação assertiva com os pacientes e que desenvolva uma escuta interessada nos processos de saúde e adoecimento (Araújo, Miranda e Brasil, 2007). O efeito da construção de práticas humanizadas impacta positivamente na relação médico-paciente, superando o modelo em que o paciente é apenas um número, sem vínculo, com uso/abuso do poder médico, falta de entendimento das dimensões da vida dos pacientes e do cenário onde o médico e o paciente possuem papéis e objetivos sociais determinados (Araújo, Miranda e Brasil, 2007; Moura et al, 2020).

A presente pesquisa se delineia a partir do desafio de criar um ambiente prático e estratégias para a disciplina de Humanidades Médicas 5 (também chamado de Ambulatório de Humanidades Médicas 5), ofertada obrigatoriamente para a turma do 5º período de graduação em Medicina do Centro Universitário Multivix-Vitória, que aconteceu na Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz (UBSMO), no município de Vitória, no Espírito Santo. Com a crescente demanda de acolhimento psicológico na UBSMO e o número limitado de profissionais com habilidades para acolher os pacientes na unidade, somado à necessidade de desenvolver uma atuação prática que reunisse os estudantes de medicina, criamos uma propostas de dispositivos de acolhimento psicológico, onde grupos de estudantes, junto com o professor/pesquisador, realizaram atividades entre outubro de 2022 e novembro de 2023. Analisaremos, a partir do Método da Cartografia, o percurso de construção de uma disciplina prática de Humanidades Médicas para que estudantes do quinto período da graduação em medicina pudessem desenvolver, em grupo e na companhia do professor-pesquisador, habilidades relacionadas com as Humanidades Médicas, como comunicação, vínculo e acolhimento. A análise foi realizada a partir dos Diários de Bordos produzidos pelo pesquisador e pelos acadêmicos de Medicina durante todas as atividades.

É importante destacar que a prática no ambulatório de Humanidades Médicas 5 não visou formar capacitar os profissionais para o atendimento de demandas psicológicas especificamente; o foco do ambulatório foi o desenvolvimento de competências para a formação médica. Nosso objetivo foi desenvolver habilidades de escuta, vínculo, de observação, atenção, acolhimento, dentre outros aspectos relacionados às Humanidades Médicas enquanto realizávamos as atividades na Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz (UBSMO). Durante o percurso de implementação das práticas no ambulatório de Humanidades Médicas, como estratégia da formação médica, nos indagávamos: quais foram as contribuições destas atividades para a formação médica? Que habilidades os estudantes desenvolveram? Que tipo de assistência fomos capazes de produzir na UBS, visto que o pilar da Atenção Primária à Saúde no SUS é a prevenção e promoção da saúde? Quais foram os efeitos que essas atividades foram capazes de produzir para as demandas e queixas dos pacientes?

Diante destes questionamentos, esta pesquisa objetiva compreender a contribuição das atividades realizadas no Ambulatório de Humanidades Médicas na UBSMO, como dispositivos de formação médica e de intervenção, a partir da análise dos Diários de Bordo produzidos pelo pesquisador-professor e pelos estudantes-plantonistas ao longo do Ambulatório.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

2.1.1 Cartografar as contribuições do acolhimento psicológico como proposta de formação e intervenção médica.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Analisar os Diários de Bordo produzidos pelo pesquisador-professor e pelos estudantes-plantonistas durante as ofertas de acolhimento psicológico na Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz.

2.2.2 Apresentar a experiência de estudantes do curso de graduação em medicina do Centro Universitário Multivix-Vitória na atuação em dispositivos de acolhimento psicológico.

2.2.3 Discutir como ocorreu o manejo clínico dos grupos de estudantes durante os atendimentos aos usuários.

2.2.4 Compreender as contribuições da atuação em grupo na Unidade Básica de Saúde para a formação e atuação médica.

2.2.5 Analisar as intervenções e efeitos possibilitados para os pacientes atendidos através do acolhimento psicológico realizado na UBSMO.

O presente trabalho se orientou na perspectiva do Método da Cartografia. Cartografar é um conceito emprestado da Geografia que se refere a habilidade de compor cartas, mapas e outros modos de representar, descrever e/ou expressar fenômenos, realidades, objetos e ambientes, fazendo uso destes para algum fim (Souza e Francisco, 2016). Aqui, trataremos a Cartografia como um modo de acompanhar o percurso de diferentes vetores/forças na constituição de diferentes realidades (Souza, 2015).

Nosso interesse, com este estudo, não foi apresentar um roteiro de como construir uma disciplina prática de Humanidades Médicas em um serviço de saúde, para que possa ser aplicado por pesquisadores e profissionais interessados na temática; também não tivemos o objetivo de nos orientar para representar "a realidade" ou "a verdade" do que é construir uma disciplina prática de Humanidades Médicas; tampouco dedicamos tempo para apenas descrever o que aconteceu nos encontros, ou como eram os espaços físicos que nos encontramos, os pacientes atendidos, os estudantes que realizaram atendimentos ou o efeito das nossas intervenções (Ribeiro e Costa, 2022; Gomes Júnior e Rocinholi, 2023).

Cartografar significa acompanhar processos (Barros e Kastrup, 2015), ou seja, nos interessa construir um mapa vivo acerca das forças que já estão circulando quando adentramos nos territórios, mas reconhecendo que a chegada do pesquisador também produz uma interferência, como um relevo no campo de forças; na cartografia, não existe uma relação de "pesquisar sobre" e sim "pesquisar com", numa realidade em que o pesquisador é inserido na produção do território/realidade que deseja acompanhar (Reis, Liberman e Carvalho, 2015). Enquanto adentramos no território de pesquisa, pretendemos acompanhar as realidades que se produzem, capturando gestos, intensidades, procurando compreender como os territórios se formaram, de acompanhar as forças que inventaram tais formas, os movimentos de transformação de realidades e nossa interferência nestas produções (Gomes Júnior e Rocinholi, 2023). Entendemos que para conhecer como se dá a construção de um ambiente prático de Humanidades Médicas, é necessário estar no território e reconhecer quais forças produzem interferência nas realidades que pretendemos cartografar (Souza, 2015; Ribeiro e Costa, 2022). Assim, o pesquisar só foi possível pela articulação das forças presentes nos territórios que ocupamos e das interações com as pessoas que ocuparam estes territórios, não sendo possível determinar que a recriação desta proposta acarretará no mesmo resultado (Reis, Liberman e Carvalho, 2015).

Lançamos mão do Diário de Bordo como modo de produção desta cartografia. Trata-se de um registro de ações, relatos, memórias, afetos, sensações, percepções, imagens e observações durante o processo de pesquisa (Reis, Liberman e Carvalho, 2015; Oliveira, Martins e Hartmann, 2022). Sua redação pode incluir aspectos descritivos e objetivos e abrir espaço para que reflexões, indagações, análises e pensamentos sem conclusão também sejam registrados (Oliveira, Martins e Hartmann, 2022). O Diário funciona como estratégia de reunir experiências que, a princípio, podem se apresentar de maneira desconectada e sem análise precisa e que, durante sua composição, encontra reflexão e compreensão, ou seja, uma escrita simultaneamente produto e produtora do dado da pesquisa (Oliveira, Martins e Hartmann, 2022).

Acreditamos, a partir da Cartografia, que a produção do Diário de Bordo permite acompanhar as forças que atravessaram e constituíram a experiência de construir uma disciplina prática de Humanidades médicas no serviço de saúde e que sua leitura funciona como “mergulhar” na experiência que se deu enquanto a disciplina estava em criação, como se pudesse retornar ao ponto registrado e experimentar os afetos, pensamentos, indagações e reflexões que surgiram no momento da pesquisa (Gomes Júnior, Araújo e Rocinholi, 2020; Gomes Júnior e Rocinholi, 2023). Sua leitura, porém, não se restringe a “relembração” o que foi experimentado durante a pesquisa, mas possibilita que haja uma atualização dos dados no presente, numa espécie de escrever experiências que não se restringem à memória, mas às sensações que são retomadas continuamente, recriadas e atualizadas em sua leitura, como desdobramento do próprio ato de pesquisar, que não se esgota (Reis, Liberman e Carvalho, 2015).

3.1 Os Diários de bordo da pesquisa

A produção do Diário de Bordo desta pesquisa começou com a inscrição em um processo seletivo para contratação do pesquisador como um professor de Humanidades Médicas no Centro Universitário Multivix e continuei sua escrita durante o processo seletivo, a elaboração do programa da disciplina, a chegada no serviço de saúde e os encontros com os grupos de estudantes de medicina e com os pacientes, além de incluir os desafios em torno destes. Os Diários de Bordo foram produzidos de modo individual pelo pesquisador-professor e pelos estudantes do 5º período do curso de medicina regularmente matriculados no ambulatório de Humanidades Médicas ao final de cada aula prática. Para a composição desta cartografia, foram utilizados 341 Diários de Bordo, totalizando 1061 relatos. Nesta cartografia, seguiremos a linha do tempo dos fatos ocorridos, visando compreender quais forças atravessaram e produziram nossa experiência de construir a prática de Humanidades Médicas em um serviço de saúde.

Esta pesquisa foi realizada somente após a aprovação do projeto na Plataforma Brasil (CAAE: 82127024.5.0000.0311). Descreveremos, a seguir, como foi feita a oferta de atendimentos na UBSMO e os participantes envolvidos.

3.2 Os Participantes-estudantes

A presente pesquisa integrou as atividades da disciplina intitulada “Ambulatório de Humanidades Médicas 5”, componente curricular prático e obrigatório do curso de graduação em Medicina do Centro Universitário Multivix-Vitória. Neste ambulatório, foi esperado que os estudantes desenvolvessem competências relacionadas com a escuta, acolhimento e vínculo para pessoas nas diversas fases do desenvolvimento humano. De acordo com as diretrizes de saúde, o acolhimento pode ser realizado por diferentes profissionais de saúde, desta forma, os plantonistas que ofertaram e realizaram os acolhimentos foram alunos do curso de Medicina, regularmente matriculados na disciplina obrigatória de Humanidades Médicas 5, nos semestres ocorridos em 2022.2, 2023.1 e 2023.2. Antes da realização dos atendimentos, os estudantes participaram de aulas e discussões teóricas sobre o acolhimento realizados através do Plantão Psicológico, sobre o Método da Cartografia e a Clínica

Transdisciplinar durante 5 semanas, oferecendo preparo para a iniciação prática no ambulatório.

Para viabilizar a inserção prática das turmas no serviço de atendimento da UBSMO, o Centro Universitário Multivix-Vitória dividiu cada turma de Humanidades Médicas 5 em grupos, com 4 a 5 estudantes; ao total, 180 alunos, reunidos em 45 grupos, participaram do ambulatório. Cada grupo desenvolveu as mesmas atividades práticas durante 5 semanas, com duração de 4h semanais, totalizando 20h no ambulatório. Os atendimentos aconteceram de acordo com o planejamento acadêmico da universidade, respeitando a divisão de grupos, conforme a tabelas a seguir. Na presente pesquisa, os grupos foram numerados de 1 a 45, visando identificar os dados dos diários de bordo produzidos ao longo das atividades

Tabela 1 – Divisão dos grupos no ambulatório em 2022.2.

Dia e horário do Ambulatório/Semana de aula		Semana 1 a 5	Semana 7 a 11	Semana 13 a 17
Terça-feira	08h-12h	grupo 01.	grupo 06.	grupo 11.
Quarta-feira	08h-12h	grupo 02.	grupo 07.	grupo 12.
	13h-17h	grupo 03.	grupo 08.	grupo 13.
Quinta-feira	08h-12h	grupo 04.	grupo 09.	grupo 14.
Sexta-feira	08h-12h	grupo 05.	grupo 10.	grupo 15.

Tabela 2 – Divisão dos grupos no ambulatório em 2023.1.

Dia e horário do Ambulatório/Semana de aula		Semana 1 a 5	Semana 7 a 11	Semana 13 a 17
Segunda-feira	08h-12h	grupo 16.	grupo 21.	grupo 26.
	13h-17h	grupo 17.	grupo 22.	grupo 27.
Quarta-feira	08h-12h	grupo 18.	grupo 23.	grupo 28.
	13h-17h	grupo 19.	grupo 24.	grupo 29.
Quinta-feira	08h-12h	grupo 20	grupo 25.	grupo 30.

Tabela 3 – Divisão dos grupos no ambulatório em 2023.2.

Dia e horário do Ambulatório/Semana de aula		Semana 1 a 5	Semana 7 a 11	Semana 13 a 17
Segunda-feira	08h-12h	grupo 31.	grupo 36.	grupo 41.
	13h-17h	grupo 32.	grupo 37.	grupo 42.
Quarta-feira	08h-12h	grupo 33.	grupo 38.	grupo 43.
	13h-17h	grupo 34.	grupo 39.	grupo 44.
Quinta-feira	08h-12h	grupo 35	grupo 40.	grupo 45.

3.3 A Comunidade atendida

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do bairro Maria Ortiz (UBSMO), localizada no município de Vitória, capital do Espírito Santo, e acolheu os moradores do bairro, com idade a partir de 5 anos. Os encontros com os usuários ocorreram de acordo com o interesse espontâneo e as urgências em receber atendimento. A proposta do ensino no ambulatório de Humanidades Médicas se iniciou com 10 exercícios de Deriva. A proposta incluiu 78 entrevistas, que ocorreram na Unidade de Saúde, 11 visitas domiciliares, além de 148 acolhimentos inspirados no modelo de Plantão Psicológico. Os exercícios de Deriva aconteceram na primeira aula com os estudantes, percorrendo as ruas do bairro em que a UBS está inserida. As entrevistas ocorreram na segunda semana de ambulatório, com os pacientes que aguardavam atendimento na recepção da unidade. As visitas domiciliares foram agendadas em parceria com a Assistência Social da UBSMO, visando reintegrar pacientes que perderam o vínculo com a unidade de saúde.

3.4 Etapas de Análise e discussão dos dados

A análise dos Diários de Bordo do pesquisador e dos estudantes foi realizada a partir de 7 etapas:

3.4.1 Etapa 1 - organização e catalogação dos diários de bordo

Os relatos da pesquisa de todos os Diários de Bordo foram identificados e catalogados de acordo com quatro critérios: (1) Semestre de realização dos atendimentos; (2) Módulo do curso; (3) Semana de atividade; (4) - Grupo. Nesta etapa, foram reunidos os relatos dos Diários de Bordo referentes a cada grupo (Grupo 1 a 45), em cada semana (Semana 1 a 5), em cada Módulo (Módulos A, B, C) e em cada Semestre (Semestres 2022-1, 2023-1 e 2023-2), construídos pelo pesquisador-professor e pelos 180 estudantes de medicina que compuseram os 45 grupos de Estágio na UBSMO.

3.4.2 Etapa 2 - leitura assistemática

Todos os Diários de Bordo foram lidos integralmente, na ordem cronológica em que foram escritos. Buscamos manter a atenção aberta e sem foco específico, com seleção voluntária inicialmente suspensa, dando igual importância a todo o material narrado nos Diários, sem que se buscassem conteúdos específicos (Kastrup, 2009). Nossa objetivo principal foi realizar um rastreio, uma varredura em tudo que foi descrito nos Diários de Bordo. Esta primeira leitura permitiu que houvesse captação não apenas dos elementos descritos explicitamente nos textos, mas também do material inicialmente desconexo e em desordem caótica que pudesse apontar para uma processualidade (Kastrup, 2009), capaz de descrever a experiência que se deu nos atendimentos. Nossa proposta foi que nossa atenção se mantivesse como uma antena parabólica, realizando uma exploração assistemática. Quando algum conteúdo produziu um foco para a atenção, capaz de mudar a janela atencional, foi realizada uma marcação com marca-texto no trecho. Para Kastrup (2009), esta etapa da atenção se chama toque.

3.4.3 Etapa 3 - leitura sistemática

Apenas os trechos dos Diários de Bordo que foram destacados com marca-texto foram lidos. Entendemos que o toque é a primeira etapa atencional que aciona um processo de seleção. Realizamos a leitura de todo material que ganhou destaque e relevo em meio ao conjunto de elementos que estavam, em princípio, homogêneos (Kastrup, 2009). Fundamental destacar que não se trata de uma inclinação do pesquisador, com natureza subjetiva ou um estímulo distrator. Algo aconteceu na leitura assistemática e exigiu atenção, requerendo uma atenção renovadamente concentrada (Kastrup, 2009). Desta forma, a leitura dos trechos que produziram um toque atencional visou estimular a criação de unidades que possuíssem sentido em comum, para que os trechos fossem posteriormente agrupados em temas para a discussão da cartografia. Buscamos manter a atenção concentrada e com foco específico nos trechos grifados na etapa anterior. Para Kastrup (2009), iniciamos um gesto de pouso como uma parada, numa espécie de “zoom atencional”, reconfigurando o campo atencional. Não se tratou de “desvendar o que estava em oculto”, informando unicamente como os estudantes chegaram no ambulatório e como saíram deste. Tratamos de fazer-falar o que está registrado nos Diários, remontar a experiência registrada, compreender quais foram os afetos, impressões, sensações e atitudes que estão descritas e reconhecer quais forças os produziram, formando uma espécie de mapa-móvel, onde estiveram presentes o pesquisador-professor, os estudantes, os pacientes e as forças que compuseram o plano de subjetivação, acompanhando a experiência ao longo das semanas de ambulatório.

3.4.4 Etapa 4 - primeira separação de tópicos

Os trechos dos Diários de Bordo com marcação foram agrupados, buscando compreender a frequência em que aparecem e o que fazem falar, além de permitir que fossem formuladas as primeiras hipóteses sobre as forças que atravessaram o campo-Acolhimento e que produziram as experiências registradas. Importante ressaltar que, na Cartografia, há a premissa de traçar suas hipóteses e objetivos no percurso (Kastrup, 2009). Assim, após o agrupamento, os trechos-tópicos foram lidos integralmente, visando compreender quais

experiências foram comuns aos 45 grupos e o que foi específico para cada estudante, auxiliando na produção do percurso que se deu ao longo dos Plantões. Para Kastrup (2009), o reconhecimento atento é o ponto de interseção entre a memória e a percepção e visa compreender o que está “em acontecimento”, numa atitude de acompanhar uma processualidade e não representar um objeto.

3.4.5 Etapa 5 - releitura dos diários de bordo

Todos o material produzido durante a pesquisa foi relido integralmente, buscando identificar novos trechos que possuíssem correspondência com o que foi grifado na Etapa 2 e, ainda, criar novos tópicos com trechos que não tinham sido considerados na primeira leitura e seleção. A releitura foi feita buscando manter a atenção aberta e sem foco específico, como um estrangeiro à procura do novo, do não-habitual, do desconhecido (Hur, 2009; Kastrup, 2009), permitindo compreender o que ainda não havia sido visto nas leituras anteriores, acessando as experiências narradas nos Diários e que não foram inseridas na cartografia.

3.4.6 Etapa 6 - levantamento bibliográfico para discussão

Nesta etapa, foi realizado um levantamento de artigos e textos nas bases de dados (Scielo, psychinfo, Google Scholar, PubMed), publicados nos últimos 5 anos e que possuíssem afinidade com os temas criados na Etapa 4 (corroborando ou retificando o conteúdo descrito nos Diários de Bordo). Os textos foram selecionados inicialmente a partir da leitura dos títulos, dos resumos e, em seguida, de todo o texto na íntegra. Os textos foram utilizados para a discussão dos temas construídos com os Diários de Bordo.

3.4.7 Etapa 7 - redação da cartografia

Os textos selecionais na Etapa 6 foram discutidos em conjunto aos trechos-tópicos criados na Etapa 4. Visamos compreender o percurso experienciado durante os acolhimentos inspirados nos Plantões Psicológicos e que foram registrados nos Diários de Bordo da presente pesquisa, juntamente com o que encontramos de publicação no campo científico (Etapa 6), alicerçados na Clínica Transdisciplinar e do Método da Cartografia. Com isso, buscamos apresentar e discutir quais foram as experiências dos estudantes-plantonistas e dos pacientes, reconhecer a contribuição do ambulatório de Humanidades Médicas 5 para a formação em medicina e elencar os possíveis efeitos destes atendimentos para os pacientes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa aconteceu a partir do planejamento e da execução de diversas atividades. A composição de cada planejamento, juntamente com sua execução, incluindo as mudanças realizadas ao longo da pesquisa, compôs nossos Resultados e suas respectivas Discussões. A este processo, demos o nome de Jornada. Esta Cartografia está tecida a partir da composição de 8 jornadas. Cada Jornada pretende dar significado ao momento em que elaboramos, executamos e discutimos cada uma das atividades realizadas ao longo da pesquisa, considerando o papel de cada proposta para a composição de uma prática médica fundamentada nas humanidades.

A Jornada 1: “**A construção dos objetivos de uma disciplina prática de Humanidades Médicas**” trata de um relato sobre a construção da disciplina de Humanidades Médicas 5, abordando o processo seletivo que ocasionou minha contratação, além de um breve referencial teórico sobre a formação em Medicina, o planejamento da disciplina prática, a construção das competências que os acadêmicos deveriam desenvolver durante as aulas, a avaliação das competências e a elaboração das atividades práticas no CAPSi.

A Jornada 2, intitulada: “**A experiência de “Deriva Psicogeográfica” como proposta de formação médica**” descreve a mudança do campo de prática para a UBSMO e o desenvolvimento de três práticas de Deriva Psicogeográfica pelas ruas no entorno da unidade de saúde, como ferramenta para adentrar e conhecer o território.

A Jornada 3: “**A Entrevista Cartográfica como ferramenta de aprendizagem médica em humanidades**” enfoca na experiência de elaborar um roteiro de entrevista e aplicá-lo com pacientes que aguardavam atendimento na UBSMO. A entrevista foi tida como ferramenta de escuta e de invenção de encontros.

Com a Jornada 4: “**Cartografando Visitas Domiciliares: contribuições Esquitoanalíticas para a formação médica**”, pretendemos acompanhar o relato de duas visitas domiciliares que foram realizadas com os grupos de estudantes. As visitas funcionaram como um importante dispositivo de promoção de saúde e de retomada do cuidado à saúde na UBSMO.

Na Jornada 5, intitulada: “**A construção de um dispositivo de acolhimento psicológico na Unidade Básica de Saúde para a formação em medicina**” visou apresentar a construção de um dispositivo que permitiu que os grupos de estudantes acolhessem os pacientes individualmente, inspirados no Plantão Psicológico.

Com a Jornada 6: “**As contribuições da supervisão e discussão de caso clínico para a formação médica em Humanidades**” retratamos os efeitos possibilitados pela supervisão e discussão de caso para a formação médica a partir de diversos cenários de aprendizagem: personalista, imitação artesanal, reflexivo e clínico.

JORNADA I

A CONSTRUÇÃO DOS OBJETIVOS DE UMA DISCIPLINA PRÁTICA DE HUMANIDADES MÉDICAS

1 O PROCESSO SELETIVO E A DESCOBERTA DAS HUMANIDADES MÉDICAS

Nosso percurso começa com minha árdua busca pelo primeiro emprego. Em 2021, eu finalizava o mestrado em Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), a Residência no programa de Gestão de Projetos Educacionais, também na UFRRJ, e uma especialização em Neurociências Aplicadas, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com a expectativa de criar condições favoráveis para me inserir no mercado de trabalho formal. Muito da minha angústia vinha a partir de dados alarmantes que impactavam diretamente na produção da minha realidade como graduado, mestre e especialista desempregado: o crescente desemprego de jovens no Brasil após o início da pandemia de Covid-19, o excesso de exigência de experiências acadêmicas e profissionais solicitadas nos processos seletivos e o aumento da busca pela especialização acadêmica da população desempregada, visando a inserção no mercado de trabalho (Pugliese, 2022).

Em 14 de junho de 2022, minha mãe, Hosana, uma mulher de pele queimada de sol, sorriso largo e de olhos e cabelos negros, assistia pela internet um comercial de um edital de contratação de professores para uma universidade privada no Espírito Santo, estado que ela reside desde 2017. Apesar de eu ter recebido outras propostas para ser docente em duas outras universidades no Rio de Janeiro, a possibilidade de estar mais perto da família fez eu me inscrever em todas vagas que meu currículo me permitiu para aquele edital: neurociências, psicologia escolar, do desenvolvimento, de grupos, clínica, institucional, social, das relações humanas; todas para docência no curso de Psicologia, área que me graduei. Deparei-em, ainda, com uma vaga de professor para o curso de medicina, restrita para psicólogos e psiquiatras. O nome da vaga: psicologia médica. Fiz a inscrição, mas imaginando que jamais chamariam um psicólogo para ocupar a vaga, pois com certeza privilegiariam médicos psiquiatras. Parte dessa ideia partiu de uma insegurança minha, do medo de não ser chamado para a entrevista e de ter que continuar colocando currículo para outras vagas, mas também incluía o fato de que a medicina é colocada de maneira histórica e constante no lugar de poder e hierarquia diante de outras áreas que também atuam na saúde (Villa, Aranha, Silva e Flôr, 2015); imaginei que aqui não poderia ser diferente, já que a vaga era para compor o quadro docente do curso de medicina numa instituição privada e aparentemente não havia ninguém melhor do que um médico para formar futuros médicos.

Para minha surpresa, fui chamado para uma entrevista que aconteceu na semana seguinte, no dia 21 de junho de 2022, justamente para a vaga de psicologia médica. Corri imediatamente para o *Google Acadêmico* e fiz um levantamento sobre artigos relacionados com a psicologia médica para me preparar para a entrevista, traçando articulações entre as

minhas experiências, meu currículo e o que a psicologia médica propunha como campo de formação e atuação. No dia da entrevista, ingressei no link disponibilizado pelos recrutadores, me apresentei e já fui informado pelas coordenadoras do curso de que a vaga seria para ser professor de Humanidades Médicas e que meu currículo profissional se encaixava exatamente com o que elas procuravam. Para minha surpresa, fui imediatamente contratado e informado que a disciplina seria criada com a minha contratação e eu seria o primeiro professor a ministrá-la. Enquanto eu sorria e acenava positivamente com a cabeça para as 3 mulheres presentes na entrevista, eu não fazia a menor ideia do que eram essas "Humanidades Médicas", muito menos qual era a íntima associação entre elas e meu currículo e nem como eu poderia contribuir para criar a disciplina do zero. Fiquei atônito e sem saber o que falar, pois a vaga se referia à Psicologia Médica, tema que dediquei a semana inteira estudando e, aliás, para mim, "Humanidades Médicas" soava como uma redundância. Na minha cabeça, teria como pensar numa prática médica que não fosse humana? A quê elas se referiam quando falavam de Humanidades Médicas? Nesta jornada, discutiremos o referencial teórico que possibilitou construir os objetivos do Ambulatório de Humanidades Médicas, as habilidades que os estudantes deveriam desenvolver e as atividades que aconteceriam ao longo das práticas.

2 O REFERENCIAL TEÓRICO PARA A ELABORAÇÃO DA DISCIPLINA PRÁTICA DE HUMANIDADES

2.1 Breve histórico da formação em Medicina

A formação médica tem sido objeto de intensa investigação, uma vez que o modo de formar médicos e o ofício médico se modificou com o passar do tempo (Moreira e Silva, 2002). Desde os primeiros registros que se têm conhecimento acerca da civilização humana, existem evidências sobre cuidados à saúde ofertados por xamãs e curandeiros, que nos apontam para conhecimentos acerca dos processos de recuperação da saúde. Algumas especialidades médicas já existiam no Egito Antigo, como oftalmologia, ginecologia e cirurgia (Young, 2014; Barboza, 2018).

Na Grécia Antiga, a prática médica começou a se consolidar como uma “disciplina científica”, uma vez que se ocupava de observar, registrar e analisar sintomas e tratamentos de maneira sistemática, influenciados pelo médico Hipócrates. Para ele, a doença possuía causas naturais e que poderia – e deveria – ser tratada através de uma metodologia científica (Barboza, 2018). Importante ressaltar que, durante a Idade Média, a medicina foi intensamente influenciada pela Igreja Católica, com a perspectiva de que a doença era um castigo divino e que precisava ser curada pela espiritualidade. É somente a partir do final do século XVIII que a prática médica começa a criar um movimento significativo de distanciamento da influência religiosa-cristã e retoma o interesse de fundamentar sua atuação em uma perspectiva científica, com estudos e ensaios clínicos (Lopes e Macedo, 2013; Araújo, Miranda e Brasil, 2007; Gonzales e Almeida, 2010).

Para pensar na formação médica no Brasil, é fundamental que compreendamos que, ao longo da história, houve modificação acerca dos fundamentos que alicerçaram o currículo médico, das competências que os estudantes deveriam desenvolver ao longo do curso, sobre estratégias pedagógicas construídas para permitir a construção de tais conhecimentos, na

carga horária, nas matrizes de habilidades e os conhecimentos que foram tidos como válidos em detrimento de outros, na chamada “hegemonia do conhecimento” (Young, 2014; Barboza, 2018). Entendemos que o produto desta articulação é capaz de produzir subjetividades e um *modus operandi* dentro da prática profissional que pode conduzir para a construção de uma atuação médica ética e humanizada ou não (Moreira e Silva, 2002; Barboza, 2018).

Grande parte das críticas ao currículo da formação médica no Brasil se dá pela disseminação do modelo cartesiano e positivista como hegemônico nas universidades, produzindo um efeito que se traduz numa prática mecânica, pautada no “*biologismo*”, nas especializações e “*tecnificações*” do ato médico, aspectos que excluem outros modos de exercer a prática de cuidado (Barboza, 2018; Lopes e Macedo, 2013). Com o desenvolvimento do modelo científico pautado nas ciências naturais e no interesse de distanciar o cuidado médico da perspectiva religiosa da Igreja Católica, a formação médica passa a se distanciar da filosofia e das ciências humanas e sociais, marcando a disseminação do pensamento cartesiano dualista, onde parte da ciência cuidaria da “*vida subjetiva*” e outra parte prestaria cuidado à “*objetividade do corpo*”. De um lado, se coloca a necessidade de cuidar dos sentimentos, pensamentos e aspectos cognitivos dos pacientes, entendidos como “*fenômenos individuais e com variáveis singulares*”; do outro lado, a necessidade de ações de cuidado acerca dos fenômenos corporais, regidos pelas leis da biologia, química e física, norteados por regras gerais e que, por tal interpretação, demandaria cuidados prestados a partir da execução de processos padronizados, com explicações generalizadas (Araújo, Miranda e Brasil, 2007; Gonzales e Almeida, 2010; Barboza, 2018), tornando fragmentadas as ações de cuidado à população.

Com a disseminação do positivismo, a atenção médica passou a ser influenciada pelas ciências naturais, numa prática descritiva e explicativa dos fenômenos da realidade, baseada em um conjunto de regras gerais e leis naturais. Tal prática ficou conhecida como “Modelo Biomédico”, cuja finalidade se traduz em observar os fenômenos da vida e catalogar desvios, os considerando como doença (Graciano, 2014). O efeito do Modelo Biomédico produziu uma percepção do corpo humano como uma máquina que obedece a tais leis naturais e universais e que precisaria de acompanhamento e inspeção de um especialista. Os desdobramentos desta perspectiva conduziu a um afastamento das dimensões psicológicas, sociais, comportamentais e espirituais relacionadas às queixas dos pacientes e, como consequência, produziu uma atuação/intervenção de maneira impessoal e mecânica, com uma leitura da realidade dos processos de saúde-doença de maneira reducionista e fragmentada, que reforça a separação da oferta de cuidado entre os componentes individual-coletivo, privado-público, biológico-social (Koifman, 2001; Gonzales e Almeida, 2010; Barboza, 2018; Melo, Moysés e Moysés, 2010).

2.2 As Humanidades médicas

O Modelo Biomédico, pautado nos aspectos biológicos, fundamentado na intervenção hospitalar e com ofício desempenhado pelas especialidades médicas, vigorou com dominação até a década de 1950 no mundo ocidental, quando um movimento norte-americano passou a questionar o modo técnico de ofertar o cuidado à saúde e propôs alternativas, inspirando a construção de um modelo de atenção que considerasse aspectos sociais e culturais (Araújo,

Miranda e Brasil, 2007), numa perspectiva que entendesse o ser humano como “biopsicossocial” (Barboza, 2018).

Este movimento impulsionou a inserção de temas relacionados com as Artes, Filosofia, História e Linguística dentro das discussões nas graduações em Medicina, influenciando na construção dos componentes curriculares chamados de “Humanidades Médicas”, com objetivo de desenvolver capacidade crítica e reflexiva nos acadêmicos e compreender o ser humano como produto de uma articulação complexa de fatores para além dos fenômenos ditos como naturais (Das Ros, 2004). Entretanto, para que a transformação na formação e atuação médica pudesse acontecer de maneira concreta, era fundamental que houvesse a criação de decretos, resoluções, leis e portarias que servissem de suporte para a elaboração de um modo de ofertar cuidado à população de maneira humanizada e que fugisse do modelo biomédico reducionista.

No Brasil, a partir do Golpe Militar de 1964, a prática Médica passou a ser focada no hospital, baseada majoritariamente no Modelo Biomédico e com legislação que permitisse a disseminação de tal prática como hegemônica, chancelada pelo Estado e pelo Ministério da Educação (Batista, Vilela e Batista, 2015; Nogueira, 2014; Nogueira, 2009). Só a partir da década de 1970, com o início do movimento pela Reforma Sanitária, surgiu uma força expressiva que lutou pela garantia de acesso à saúde de maneira universal e democrática, buscando a compreensão da saúde de maneira interdisciplinar, baseada numa medicina preventiva e não curativa e fundamentada na cidadania (Fonseca, 2006). Este movimento influenciou o surgimento do “Modelo Humanista” de cuidado à saúde, que preconizava a necessidade de desenvolver uma interpretação crítica acerca da realidade do paciente e não apenas descrever estados e, ainda, compreender o sujeito para além das normas generalistas e leis da natureza (Gonzales e Almeida, 2010; Barboza, 2018).

Na busca por essa direção de cuidado humano, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986 no Canadá, foi criada a Carta de Ottawa, que colocava como prioridade a atenção à saúde de maneira não verticalizada, observando indicadores como habitação, alimentação, renda, recursos sustentáveis, justiça social e educação como fundamentais para entender os processos de saúde e adoecimento, servindo de base para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986, no Brasil. A partir de 1986, os movimentos da Reforma Sanitária no Brasil ganharam expressividade, culminando na criação de um Sistema de Saúde Universal, baseado na saúde como um direito de toda a população e assegurado pelo Estado (Gonzales e Almeida, 2010).

O Ensino Médico no Brasil passou a ser repensado de maneira expressiva também na década de 1980, com a recomendação de uma prática baseada na Medicina Integral, na Medicina Preventiva, Medicina de Família, Medicina Comunitária e na Medicina Generalista, influenciando na criação da “Medicina Centrada no Paciente/na Pessoa”, reconstruindo os modelos de atuação, intervenção e relação médico-paciente (Araújo, Miranda e Brasil, 2007; Barboza, 2018). A partir da década de 1990, com a criação do SUS e surgimento do Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde, foi possível desenvolver formas de atuação em saúde baseadas na promoção de saúde física e mental, em medidas de redução de agravos de maneira individual e coletiva, construindo uma prática médica mais preventiva, centrada no sujeito e que considerasse os aspectos humanos, biológicos, sociais, emocionais e comportamentais (Batista, Vilela e Batista, 2015; Barboza, 2018).

É fundamental compreender que as mudanças no currículo Médico só foram possíveis por terem acontecido de maneira concomitante aos movimentos sociais, que visavam a implementação de políticas de saúde e de formação por todo o território brasileiro, evidenciando a necessidade de construir uma prática profissional de acordo com as diretrizes de saúde pública. Assim, ressaltamos a importância de criar novos espaços para a formação médica atual, mantendo o compromisso de coadunar com movimentos sociais, com ações que reconheçam a saúde como um conceito ampliado, que sejam capazes de acolher e intervir nas diversas demandas dos pacientes e que considerem suas complexidades e singularidades.

3 O PLANEJAMENTO DA DISCIPLINA PRÁTICA

Na entrevista, em junho de 2022, me informaram que a vaga seria para ministrar aula para 1 turma por semestre, com 60 estudantes. Cada grupo teria apenas 5 encontros durante todo o semestre, 04h de aula semanal. Solicitei para a coordenação algum material por escrito, como uma ementa ou diretriz da universidade que pudesse me nortear na construção das aulas práticas no CAPSi. Recebi um documento que pontuava os conteúdos da disciplina teórica, que deveria abordar aspectos do desenvolvimento humano, desde a gestação, parto, puerpério e primeira infância.

A respeito do componente prático, fui orientado a planejar aulas práticas que tivessem a ver com a minha vivência acadêmica e profissional e que pudessem ser aproveitadas com os estudantes. Contaram que não havia um documento que descrevesse as competências que os estudantes deveriam desenvolver ao longo das aulas práticas e que estaria ao meu critério selecioná-las. Como a disciplina seria criada com a minha contratação, a elaboração das minhas atividades auxiliaria a construção da proposta de aula prática. Contaram que não era necessário que a aula prática tivesse relação direta com o componente teórico. Só havia três exigências: (1) deveríamos desenvolver atividades em grupo, ou seja, grupos de estudantes e grupos de pacientes; (2) todos os grupos de estudantes deveriam realizar as mesmas atividades práticas, no mesmo dispositivo; (3) eu, como professor, deveria estar presente em todas as atividades realizadas pelos alunos.

Entre a minha contratação e o início das aulas, se passou exatos 41 dias. Diante do desafio de construir as competências que eram esperadas que os alunos desenvolvessem ao longo das aulas práticas, dediquei esses tempo para estudar e preparar o plano de aulas. Realizei um levantamento da produção acadêmica e científica relacionada às humanidades médicas, CAPSi, medicina, psicologia, intervenção grupal, crianças, adolescentes e aula prática em ambiente de saúde mental.

3.1 A Construção das competências

Planejar a disciplina prática englobou o desafio de desenvolver as competências de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), construir estratégias de avaliação adequadas a essas competências, além de desenvolver metodologias adequadas ao currículo médico, à formação clínica e às Humanidades Médicas, relacionando teoria e prática (Brasil, 2014; Rios, 2016). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) descrevem que é fundamental que as atividades acadêmicas contribuam para uma formação médica que seja humanista, crítica e reflexiva, que se relate com a promoção de

saúde e que fomente o entendimento dos processos de saúde-doença de maneira ampla e integral (Brasil, 2014). A elaboração da proposta para o componente curricular de Humanidades Médicas levou a reflexões sobre a para a necessidade de construir um espaço de discussão e de práticas que sejam centradas na pessoa, no paciente, que considere os aspectos biológicos ligados ao adoecimento e incluar variáveis humanas, emocionais, comportamentais e relacionais na produção ou subtração da saúde (Batista, Vilela e Batista, 2015; Barbosa, 2018). A respeito de competências, as DCN compreendem como sendo a capacidade de articular conhecimentos, habilidades e atitudes com os recursos disponíveis e apresentar iniciativas e ações que sejam capazes de solucionar os desafios que se apresentem na prática profissional, em diferentes contextos (Brasil, 2014).

As DCN descrevem que os conteúdos humanísticos a ser desenvolvidos pelos estudantes ao longo da graduação devem se relacionar com a comunicação, bioética, liderança e aos determinantes sociais, psicológicos, culturais, legais, éticos, ambientais e comportamentais que estão envolvidos com os processos de saúde-doença, nos âmbitos individual e coletivo (Brasil, 2014; Rios, 2016). Uma vez que nosso objetivo era construir um ambiente prático de Humanidades Médicas, nos inclinamos a desenvolver habilidades relacionadas com as "tecnologias leves". As "tecnologias leves" estão ligadas à relação, vínculo, autonomia e acolhimento, ou seja, habilidades que contribuiriam diretamente para construir uma formação médica mais humana, como supracitado desde a Conferência Nacional de Saúde, enquanto as "tecnologias duras" são as modalidades que englobam o cuidado centrado no profissional, na intervenção tecnológica, no equipamento ou recurso material, na especialidade ou intervenção baseada no protocolo; (Temperly, Junior e Silva, 2021). Com isso, foram selecionadas 3 competências para compôr os objetivos a ser desenvolvidos com os estudantes durante a disciplina prática de Humanidades Médicas: comunicação, acolhimento e vínculo.

3.1.1 A primeira competência: comunicação

A comunicação é um dos pilares que apontam para a eficiência do atendimento médico e diz respeito à capacidade do profissional compreender as dificuldades do paciente e desenvolver estratégias para superá-las, incluindo a forma de conduzir a consulta, a maneira de se comunicar, as técnicas utilizadas para obter a história do paciente, o uso de facilitadores verbais e não-verbais para que a comunicação seja eficiente e o entendimento do impacto da comunicação para a construção do vínculo com o paciente (Covas e Moreira, 2013). Segundo as DCN, a Competência de Atenção à Saúde a ser desenvolvida ao longo da graduação em medicina deve incluir o uso de linguagem comprehensível pelo profissional e estimular o relato espontâneo da pessoa que recebe o atendimento e cuidado, com fins de identificar a queixa, evitar julgamentos e considerar o contexto de vida e os elementos que se relacionam com os processos de saúde-doença (Brasil, 2014).

Com o passar dos anos, a prática médica se tornou mais técnica, institucionalizada, focada nos procedimentos e na análise diagnóstica, acarretando na formação de médicos com pouca habilidade de acolher, com pouco interesse na escuta ativa dos fatores relacionados com a queixa do paciente, com comunicação pouco clara e adequada, além da impessoalidade e frieza (Rios, 2016). Entendemos que para que o paciente se sinta confortável para compartilhar o que o fez procurar o serviço de saúde, é indispensável que este se sinta ouvido.

Ouvir não trata apenas do exercício cognitivo de ouvir e do sentido da audição, mas de “ouvir junto com o paciente”, com sensibilidade e intencionalidade, uma escuta que visa conhecer a realidade do paciente e construir junto com ele reflexões acerca do seu processo de saúde e adoecimento, numa comunicação que não visa apenas a execução de uma anamnese protocolar e rígida, onde o paciente apenas fornece informações para que o médico descubra sua enfermidade, mas um procedimento que insere o paciente dentro da construção do próprio plano de cuidado (Covas e Moreira, 2013; Bucker, Franco, Leão, Oliveira e Higino, 2018).

Aqui, o treino da competência comunicação tem íntima relação com as Humanidades Médicas, pois permite auxiliar na construção da história clínica do paciente baseada na ordem que a história é compartilhada pelo paciente durante a consulta e não no roteiro de perguntas, construindo uma escuta ativa, interessada e atenta ao que o paciente compartilha, que permite estimular o paciente a compartilhar sobre si, além de compreender que nem sempre os aspectos que impactam na produção e na resolução da queixa estão narrados de maneira direta pelo paciente, mas que, com uma escuta ativa por parte do estudante e do profissional, se torna possível correlacioná-los, enquanto mapeamos os determinantes sociais, individuais culturais, econômicos e ambientais (Rios, 2010; Ayres, Rios, Schraiber, Falcão e Mota, 2013; Bucker, Franco, Leão, Oliveira e Higino, 2018). Fundamental destacar que a obtenção do conteúdo da história clínica do paciente obedece uma ordem própria do encontro e não depende apenas das perguntas contidas na anamnese (Covas e Moreira, 2013). Treinando a comunicação, o estudante pode desenvolver a capacidade de coletar informações sobre o paciente, sem que o faça de maneira mecânica e impessoal, além de auxiliar na construção do acolhimento ao paciente.

3.1.2 A segunda competência: acolhimento

Além da comunicação, o "acolhimento" foi selecionado como competência para desenvolvemos ao longo da disciplina prática. As DCN apontam sobre a importância do estabelecimento de uma relação entre o profissional e pessoa atendida baseada na ética, se estendendo para familiares e responsáveis. Elencam, também, sobre o favorecimento da construção do vínculo baseado no discurso da pessoa atendida e não se restringindo à técnica, destacando a importância de valorizar suas preocupações, expectativas, valores e crenças e os relacionando com a queixa compartilhada, com fins de possibilitar que a pessoa analise sua própria situação, gerando autonomia no próprio cuidado (Brasil, 2014).

A busca pela confiança do paciente precisa vir acompanhada pelo interesse em ouvi-lo. Quando o encontro se restringe a compreender as alterações biomédicas, as chances de não haver acolhimento e vínculo são maiores, ocasionando a produção de um atendimento impessoal, frio e sem contato humano, realidade que buscamos superar com as Humanidades Médicas (Bucker, Franco, Leão, Oliveira e Higino, 2018). A construção do vínculo se baseia principalmente na escuta ao que o paciente compartilha no momento da consulta, na valorização daquilo que é compartilhado e no acolhimento sem censura da sua história, ou seja, para que o paciente se sinta confortável para compartilhar o que sente, é fundamental que tenha a experiência de se sentir acolhido pelo médico e que perceba que seu relato está sendo acolhido sem julgamentos e com legítimo interesse por parte do profissional (Bucker, Franco, Leão, Oliveira e Higino, 2018). O acolhimento auxilia na construção da confiança mútua e permite que o vínculo se consolide; com isso, é possível que informações mais

íntimas sobre o paciente sejam capturadas, permitindo que a anamnese e os métodos de tratamento sejam enriquecidos com as informações trazidas pelo paciente (Koroiwa, Duarte, Cunha e Dias, 2018).

3.1.3 A terceira competência: vínculo

Ouvimos para acolher e acolhemos para construir vínculo. O vínculo é entendido como um instrumento operado entre sujeitos, numa espécie de convivência, vivência comum, no mesmo plano, que aponta para um enfrentamento de questões relacionadas com a saúde baseados na construção de confiança entre os envolvidos, numa relação de encontro com proximidade, onde os sujeitos se corresponsabilizam, na compreensão mútua e no trabalho em conjunto (Temperly, Junior e Silva, 2021). Para a prática médica, o vínculo precisa estar baseado nos 4 princípios bioéticos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Penteado, Da Silva e Gonçalves, 2022).

O vínculo foi escolhido como objetivo a ser desenvolvido na disciplina prática de Humanidades, porque é a ferramenta que precisa ser construída antes de qualquer procedimento médico (Penteado, Da Silva e Gonçalves, 2022). O êxito profissional e o sucesso do tratamento estão relacionados com o conhecimento técnico-científico, mas também pela capacidade de se vincular e se relacionar com os pacientes, uma vez que o vínculo potencializa o tratamento; para as Humanidades Médicas, trata-se de uma condição de cuidado onde conhecemos a pessoa antes da doença (Penteado, Da Silva e Gonçalves, 2022).

A inclusão das disciplinas de humanidades no currículo médico auxiliaram no desenvolvimento do Método Clínico Centrado na Pessoa, modelo de cuidado onde o foco é a relação entre paciente e médico, tendo o primeiro como protagonista, fazendo uso de tecnologias leves como a intuição, empatia e as emoções (Temperly, Junior e Silva, 2021). Para construir vínculo e reduzir as chances do atendimento ser impessoal e desumano, é necessário que a relação entre o médico e o paciente seja bidirecional e horizontal, ou seja, com comunicação clara, empatia, escuta ativa e respeito entre os conhecimentos e experiências compartilhadas no momento da consulta, pois o vínculo permite a materialização dos laços interpessoais entre o médico e o paciente, além de construir o cuidado de maneira cooperada (Koroiwa, Duarte, Cunha e Dias, 2018). Isso acontece porque exige que ambos se aproximem, se escutem, se observem e se conectem, permitindo que haja a construção de um plano comum, que se traduz em cuidado (Temperly, Junior e Silva, 2021). O treinamento a respeito do vínculo permite compreender que na prática médica, o médico precisa também receber a si mesmo para o paciente no encontro, reconhecendo que a relação é parte fundamental no plano de tratamento (Penteado, Da Silva e Gonçalves, 2022). A horizontalidade auxilia na construção de um cuidado cooperativo, não baseado no conhecimento médico, pois o retira do lugar de detentor do poder, de único responsável pelo cuidado e permite a construção sólida e recíproca do vínculo baseada na horizontalidade, onde o paciente percebe que o médico se sensibiliza, é afetado por sua angústia e o escuta com cuidado e afeto, permitindo que as palavras do médico sejam ouvidas com maior compreensão (Koroiwa, Duarte, Cunha e Dias, 2018).

As relações entre médicos e pacientes estão historicamente ligadas a uma relação de poder, onde o médico é a parte esclarecida, portadora do conhecimento e da especialidade e guardiã da cura, com pouca tolerância ao questionamento, adotando postura autoritária; ao

paciente, é destinada a posição passiva, e obediente, completamente oposta aos pressupostos do Método Clínico Centrado na Pessoa. Quando acontece uma relação baseada na horizontalidade, a literatura científica aponta que os pacientes costumam indagar que o encontro com o médico “nem pareceu uma consulta”. (Temperly, Junior e Silva, 2021). Desta forma, quanto mais o estudante experimentar a intensidade do vínculo com o paciente ao longo da graduação, maior vai ser a sensação de acolhimento sentida pelo paciente, melhores serão chances de adesão ao plano de cuidado, assim como reduzidas as chances de relação assimétricas, onde o médico se apresenta como detentor do conhecimento, onipotente, que tem controle sobre a vida do paciente e o paciente é excluído da construção da proposta de cuidado. O vínculo permite a construção de relações simétricas, numa investigação “com” o paciente e não “sobre” o paciente, onde o paciente é um interlocutor válido, com saberes e conhecimentos válidos, possibilitando uma mudança na relação entre médicos e pacientes e, com isso, desenvolvendo uma prática humana e digna (Koroiwa, Duarte, Cunha e Dias, 2018; Temperly, Junior e Silva, 2021).

3.1.4 A primeira avaliação das competências

O procedimento para avaliar as competências foi construído ao longo do tempo, enquanto acompanhei as turmas de 2022.2, 2023.1 e 2023.2, e o roteiro elaborado foi produzido nos encontros com os estudantes de medicina. Inicialmente, antes que as aulas iniciassem, a coordenação informou que os alunos deveriam ser avaliados de acordo com sua performance na aula prática, a partir dos descritores “muito bom”, “bom”, “regular” e “insuficiente”.

Para avaliar os estudantes dentro dos descritores da universidade, construímos uma adaptação do "Guia Galgary-Cambridge para o processo de comunicação entrevista médica"; o Guia é um instrumento que visa avaliar a comunicação médico-paciente na consulta médica a partir da anamnese, exame físico e fechamento da consulta, centrando as ações no cuidado ao paciente, elencando as habilidades necessárias para uma boa assistência médica (Covas e Moreira, 2013). Selecionamos 3 aspectos para avaliar: (1) vínculo: relacionado com o contato inicial entre os estudantes e pacientes; aqui, pretende-se avaliar se o estudante se apresenta e cumprimenta o paciente e se deixa o paciente confortável no início do encontro; (2) acolhimento: relacionado com a identificação das razões que trouxeram o paciente para a consulta; pretende-se avaliar a habilidade do estudante de ouvir e acolher a história do paciente sem o interromper e de estimular a contar sua história de vida com suas próprias palavras e no seu tempo; (3) comunicação: pretende-se avaliar como o estudante se comunica com o paciente de modo adequado e acolhedor, se usa linguagem clara, se revisa o que foi dito durante o encontro e se tem comportamentos para assegurar que o paciente se sentisse ouvido.

Fundamental destacar que esse modelo de avaliação das competências foi construído ao longo da disciplina prática e que as experiências dos encontros com os estudantes evidenciaram a necessidade de avaliar a comunicação, o acolhimento e o vínculo de maneira mais específica, avaliando comportamentos relacionados com as competências que visávamos desenvolver ao longo dos atendimentos que realizamos.

4 O CAMPO DE PRÁTICA: O CAPSI

Pensar numa prática de Humanidades Médicas em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) é um grande desafio, pois a entrada no CAPSi demanda um certo preparo para compreender o público que é atendido neste espaço, os tipos de cuidados que são construídos, a relação da equipe de trabalho com a oferta de atividades, o papel de cada componente da equipe profissional e a construção do próprio CAPSi como um espaço de cuidado, principalmente porque as minhas aulas teóricas de Humanidades Médicas não abordariam essas discussões específicas sobre o cuidado.

O CAPSi é um espaço de atendimento diário para pacientes crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e comprometimento grave e que estão em certo grau de impossibilidade de manter laços sociais (Brasil, 2004), com objetivo principal de promover reabilitação com reinserção na comunidade, fornecendo ao paciente condições para exercer direitos civis e construir individualidade, autoestima e autoconsciência através de um cuidado integral, multidisciplinar e intersetorial (Balestra et al., 2020; Pereira Muller e cordeiro, 2020). Adentrar no território de saúde mental para realizar qualquer tipo de atividade terapêutica nos faz muitas vezes nos deparar com os fantasmas do terrível histórico de encarceramento que ocorreu nos hospitais psiquiátricos, mas com a meta de construir ações que os superem, além de repensar o cuidado que muitas vezes é ainda centrado no suporte farmacológico (Pereira, Muller e Cordeiro, 2020; Balestra et al., 2020). O CAPSi visa oferecer um acompanhamento psicossocial interdisciplinar, como um serviço de portas abertas, oferecendo um cuidado individualizado e construindo ações que envolvam a comunidade, educação, trabalho, lazer, cultura e inventando ações coletivas para enfrentar os problemas que envolvem a saúde (Brasil, 2004; Pereira Muller e Cordeiro, 2020).

O Ministério da Saúde indica, na cartilha “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, que existe uma diversidade de atividades que podem ser realizadas no CAPSi, como atendimento individual e em grupo aos pacientes e familiares, orientação, atendimento psicoterápico, atividades comunitárias, visitas domiciliares, atividades de suporte social e oficinas de cultura; sendo que as oficinas podem ser expressivas (verbal, musical, corporal), geradoras de renda (costura, artesanato) e alfabetização (Brasil, 2004). Entretanto, o Ministério da Saúde reforça que o primeiro contato da equipe com o paciente deve ser de acolhimento, permitindo compreender a situação que está passando e que o levou a buscar atendimento, oferecendo escuta empática, acolhendo seu sofrimento, procurando criar um vínculo e construir confiança entre a equipe de trabalho e o paciente (Brasil, 2004). Tais pressupostos tornam a nossa proposta de desenvolver as competências de comunicação, acolhimento e vínculo alinhada com os princípios do cuidado em saúde mental.

Por conta do CAPSi ser um serviço que acolhe pessoas com prejuízos psicossociais severos, priorizando autismo e psicoses (Brasil, 2004; Balestra et al., 2020), o nosso plano de trabalho deveria abordar a criação de condições para que os estudantes desenvolvessem as competências de cuidado, ao mesmo tempo que os pacientes fossem inseridos em uma rede de cuidado segundo as diretrizes do CAPSi, ou seja, nossas atividades precisavam estar de acordo com os interesses dos pacientes, de acordo com a complexidade da vida das pessoas, que incluisse a doença ou o transtorno e uma possível situação de crise, pois um dos objetivos do serviço é produzir acolhimento e evitar internação (Brasil, 2004). Nossa proposta deveria, em suma, sintonizar com o objetivo de acolher e agregar o paciente na sociedade e que superasse o modelo hospitalocêntrico que segregava e excluía os pacientes do convívio social (Branco e Silva, 2018).

4.1 A Elaboração das atividades no CAPSi: o “Grupo Nômade”

Tínhamos 2 grandes desafios que impactavam diretamente a construção da prática de Humanidades Médicas no CAPSi: o primeiro, tratava de programar uma atividade que se alinhasse com a proposta de cuidado em saúde mental, que se orientasse pela perspectiva das Humanidades Médicas, que estivesse dentro das atividades que já aconteciam no CAPSi de Vitória, que fosse de interesse dos pacientes atendidos, que fosse uma atividade em grupo, que tivéssemos a participação dos pacientes, que estivesse dentro do plano de ensino do curso de medicina e que permitisse desenvolver as competências selecionadas para esta prática.

Nosso segundo maior desafio: esta prática deveria ser igual para todos os grupos de estudantes matriculados na disciplina prática de Humanidades Médicas 5. Ao longo de um semestre, uma turma de 60 acadêmicos é dividida em 15 grupos, com 4 a 5 estudantes, que passaria 6 semanas em atividades neste território, durante 04h semanais; era fundamental que todos os 15 grupos realizassem as mesmas práticas; e o desafio era maior ainda, porque nós nem conhecíamos o território. Apesar de eu nunca ter visitado o CAPSi que nos acolheria para as aulas práticas e não conhecer a comunidade que se beneficia deste espaço de cuidado, eu já fui estagiário de um Centro de Atenção Psicossocial para adultos em 2012, lá no Rio de Janeiro. Eu era um adolescente com 16 anos que cursava o ensino médio concomitante ao curso técnico em enfermagem. A proposta me fez ter uma sensação de familiaridade com o espaço de cuidado e de pensar em ações possíveis para desenvolvêrmos nas aulas.

Resolvi adaptar uma proposta que realizei como estagiário no Colégio Técnico da Universidade Rural durante a graduação, que se transformou no meu trabalho de conclusão de curso de psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e que foi publicado posteriormente na forma de artigo. Trata-se de um projeto que foi batizado de “Grupo Nômade” (Gomes Júnior e Rocinholi, 2021). No contexto do CAPSi, o grupo Nômade seria uma atividade de acolhimento em grupo de formato aberto que não demandaria inscrição prévia para participar dos encontros e não necessitaria de um contrato de participação sequencial. Nossa intenção era montar um espaço grupal para que os encontros acontecessem em um espaço interno ou externo do CAPSi.

Como o Grupo Nômade precisaria acontecer em todos os dias de prática, com todos os grupos de estudantes, entendíamos que ele também precisaria ser maleável e adaptável à realidade que estivesse acontecendo no CAPSi, no dia e horário em que o grupo aconteceria e que, por isso, comprehendíamos que este poderia assumir o caráter individual e/ou em grupo, acontecer com os pacientes e/ou familiares, incluir a equipe de referência do CAPSi e os moradores do território que não tivessem um vínculo com um paciente em específico ou com o CAPSi em si, mas que estivessem afetados pela proximidade com o CAPSi, ou seja, quem se interessasse pela proposta. Convidaríamos quem estivesse interessado em participar do encontro conosco e aguardaríamos quem aparecesse. Como eu não conhecia os estudantes, o território, os pacientes e a equipe, o Grupo Nômade poderia funcionar como uma maneira de nos infiltrarmos no território, que conhecêssemos os pacientes e os estudantes e que nos alinhássemos com a proposta de cuidado em saúde mental, tudo isso enquanto ouvíamos os pacientes e ofertávamos os grupos.

Nossa proposta era que os temas para os encontros fossem trazidos como sugestão de quem estivesse participando do Grupo naquele momento, baseado naquilo que quisessem

compartilhar naquele encontro, com objetivo de falar sobre experiências, expressar afetos e traçar linhas de expressão (Gomes Júnior e Rocinholi, 2021). Ao final de cada encontro, professor e estudantes dedicariam um tempo para produzir um Diário de Bordo de modo individual, narrando o encontro com o grupo e as experiências com a disciplina prática de Humanidades Médicas. Assim, tornaria possível acompanhar e compreender o processo de construção de competências relacionadas com as Humanidades Médicas na aula prática no CAPSi.

JORNADA II

A EXPERIÊNCIA DE “DERIVA PSICOGEOGRÁFICA” NA PROPOSTA DE FORMAÇÃO MÉDICA

1 INTRODUÇÃO: A MUDANÇA DE CAMPO DE PRÁTICA DE HUMANIDADES MÉDICAS 5

Faltando uma semana para o início do semestre acadêmico, a coordenação do curso de medicina do Centro Universitário Multivix nos comunicou que o local em que as aulas práticas de Humanidades Médicas 5 aconteceriam foi mudado, pois o CAPSi de Vitória era muito pequeno e não comportaria o número de estudantes em seu espaço físico. Informaram que seríamos realocados para uma Unidade Básica de Saúde do outro lado da cidade, no bairro de Maria Ortiz (UBSMO). Neste estudo, apresentaremos uma cartografia de como se deu a montagem de um dispositivo de Deriva Psicogeográfica na construção da disciplina de Humanidades médicas 5, ocorrida no território em torno da Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz.

A ideia de inventar uma proposta de Deriva Psicogeográfica no Ambulatório de Humanidades surgiu do interesse de conhecer a UBSMO, de adentrar o território de Maria Ortiz, acompanhar um pouco das atividades que aconteciam na unidade, articular nossa contribuição para a promoção e recuperação da saúde dos pacientes da melhor forma possível. Estar diante do imprevisto, relacionado com a mudança de campo de prática, nos relembrhou uma realidade importante em qualquer pesquisa: na prática de pesquisa e intervenção, adentramos em um território existencial que não está estático à nossa espera; o território está sempre em movimento, em mudança e não o habitamos numa posição exterior a esse movimento, como se não produzíssemos interferências nele ou que não fizéssemos parte de sua composição (Alvarez e Passos, 2015). O planejamento da disciplina prática de Humanidades Médicas 5 perpassou seu professor (eu, o pesquisador) e foi afetada por seus afetos, uma vez que as minhas preocupações enquanto pesquisador-professor e o meu medo de não dar tempo de fazer adaptações no prazo disponibilizado pela Universidade me moveram a construir alternativas aos imprevistos que surgiam; ou seja, pesquisador-professor engajado no campo, afetando e sendo afetado pelas forças que compõem tal campo, em um movimento mútuo (Alvarez e Passos, 2015).

Cartografar significa exatamente isso: habitar um território existencial, acompanhar os fenômenos que surgem e que produzem os movimentos no território e compreender a processualidade que inventa o campo (Kastrup e Barros, 2015), numa espécie de tecelagem coletiva. Ao contar que, no planejamento de uma disciplina prática, nos deparamos com o imprevisto de ter que mudar o ambiente em que ela acontecerá, já estamos inseridos no acompanhamento da realidade que se articulou no desafio de construir a disciplina prática, uma vez que o imprevisto e a indisponibilidade do CAPSi faziam parte das forças presentes no território e que produziram interferência na criação da disciplina prática. Aqui, não nos

limitaremos a contar apenas onde a aula aconteceu, como se o relevo no percurso não fosse relevante para refletir sobre a construção de estratégias metodológicas para o ensino médico. Interessa-nos acompanhar, sobretudo, os efeitos do percurso de construir a disciplina prática, incluindo os afetos relacionados com a mudança de espaço físico e, neste caso, o medo, o desespero e a ansiedade de ter que reorganizar o programa da disciplina sem conhecer o novo território, sem saber se daria tempo de adaptar as propostas ou a respeito de qual realidade encontrariamos na unidade de saúde.

O exercício de Deriva advém de um movimento da psicogeografia, que entende as cidades como territórios de afetos, não apenas como uma geografia de relevos topográficos composto de ruas, praças, calçadas, casas e pessoas (Chaparim e Oliveira, 2019). Trata-se de uma experimentação de um território, escolhido aleatoriamente ou intencionalmente, em um percurso que pode durar horas ou meses (Hirão, Nunes e Ramos, 2022; Trujillo e Azevedo, 2021). A Deriva Psicogeográfica consiste em andar sem rumo pela cidade, sem um objetivo específico a ser alcançado, com a finalidade de habitar um território através dos sentidos, buscando se manter aberto para ver o cotidiano e o inédito, o ordinário e o diferente, estando receptivo para qualquer estímulo que convocar nossa atenção (Chaparim e Oliveira, 2019; Trujillo e Azevedo, 2021). É importante ressaltar que não exercitamos a deriva para chegar a algum lugar específico, pois compreendemos que o caminho percorrido durante a deriva é o próprio lugar que queremos chegar, experimentar e habitar (Lopes, 2022).

Para nós, a deriva poderia funcionar como uma forma de conhecer o bairro de Maria Ortiz, não como quem busca a verdade ou constata hipóteses concebidas à priori, mas de adentrar no território desfazendo o que achamos que sabemos, ouvirmos o que está ecoando e pedindo expressão, nos conectarmos com quem está no território e acolhermos o que poderia surgir dos encontros, em um exercício onde também somos afetados pelas forças que compõem o bairro. Nossa proposta não visou realizar uma busca por conhecer o campo antes da intervenção, pois compreendemos que a entrada do pesquisador no campo já produz interferências (Passos e Barros, 2015). Visávamos adentrar na UBSMO, a compreendendo como um território vivo, que está em movimento, nos manter disponíveis e abertos para sermos afetados por esse território e o afetar com a nossa entrada; neste encontro entre pesquisador-professor, estudantes e território, tecermos juntos uma maneira de fazer a disciplina prática acontecer de modo assertivo e potente, permitindo que os estudantes construíssem competências fundamentais para uma prática médica humanizada. A Deriva Psicogeográfica, como método de ensino, não trata de desvendar ou ver a paisagem de forma passiva, mas criá-la enquanto se caminha, de compreender que a entrada de um grupo de estudantes na UBS de Maria Ortiz produzirá algum movimento no território e, aqui, a cartografia nos permite acompanhar estes efeitos (Chaparim e Oliveira, 2019; Hirão, Nunes e Ramos, 2022, Lopes, 2022).

Dentro dos objetivos propostos pela disciplina prática, a Deriva visou a construção de um espaço potencial para ouvir, acolher e inventar vínculos com os pacientes de maneira humana e focada na experiência dos encontros, pois ela funciona como um movimento de resistência por ser praticada num exercício de caminhar pelo território como um estrangeiro, explorando olhares, gestos, atmosferas, práticas sociais, movimentações no espaço, formas de habitação, afetos, dentre outros, sem que se faça a partir do exercício cognitivo de entender para ver, mas ver e sentir, tocar e experimentar, para seja possível acompanhar os movimentos de produção das realidades que surgirem no bairro de Maria Ortiz e os efeitos para os moradores, principalmente no que diz respeito à saúde-doença.

2 O PERCURSO METODOLÓGICO DA DERIVA PSICOGEOGRÁFICA

Foram realizadas 5 Derivas Psicogeográficas. Participaram da prática 22 graduandos de medicina do Centro Universitário Multivix que cursaram a disciplina de Humanidades Médicas 5 nos grupos de número 1 a 5, no módulo A do semestre de 2022.2. A prática foi realizada nas ruas do entorno da Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz (UBSMO). Cada grupo de estudante traçou o mesmo percurso, em conjunto, acompanhados do pesquisador-professor.

As ruas não foram selecionadas previamente. O trajeto foi traçado pelos grupos durante o ato de percorrer as ruas, no momento da caminhada. As Derivas Psicogeográficas aconteceram pelas seguintes ruas, em relação à posição geográfica da UBSMO: (1) Ao sul: Rua Professor Expedito Ramos Bogéa, Rua Professora Maura Abaurre, Rua Professora Maria José de Oliveira, Rua Professor Balbino de Lima Pita e Rua Ocarlina Drumond de Carvalho. (2) Ao norte: Rua Professor Juraci Loureiro Machado, Rua Professora Doralice de Oliveira Neves e Rua Professora Cornélia Lopes de Farias. (3) À Oeste: Avenida Jerônimo Vervloet. (4) À leste: Rua Professor Renato Ribeiro dos Santos.



Figura 1: mapa do bairro de Maria Ortiz. Fonte: E-sus Feedback.

Antes do início da Deriva, cada grupo se reuniu com o pesquisador-professor para discutir 7 questões básicas relacionadas com a atividade: (1) a prática teria duração de 1h; (2)

todo o grupo deveria caminhar junto; (3) a atividade ficaria restrita às ruas do entorno da UBSMO; (4) nossa deriva poderia incluir interações com os residentes do bairro, com a devida prudência e cautela, pois não conhecíamos o bairro; (5) poderíamos fotografar as paisagens, respeitando a privacidade das pessoas; (6) elaboraríamos um Diário de Bordo individual, apresentando os afetos, memórias, percepções, sensações, hipóteses, e outras possibilidades relacionadas com as experiências na Deriva Psicogeográfica; (7) ao final da prática, voltaríamos para a UBSMO para compartilharmos a experiência com todo o grupo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A PRÁTICA DE DERIVA PSICOGEOMÉTRICA NO BAIRRO DE MARIA ORTIZ

3.1 Deriva 1: A construção de um plano comum e a cartografia das formas e forças

“Caminhando pelas ruas, sem um rumo específico, fomos encontrados por enormes sorrisos e desejos de ‘bom dia’ e ‘bom trabalho’ vindos de pessoas que estavam andando pelas ruas, varrendo calçadas, esperando ônibus. Os estudantes olhavam para todos os lados e faziam muitas anotações em um caderninho de bolso. Parecia que estávamos em expedição, como nos filmes, registrando o que nos encontrava, mas sem saber ao certo o que poderia ser registrado. Depois de um tempo, retornamos para a UBS e procuramos algum lugar para discutir um pouco de como nos sentimos durante a Deriva. A recepcionista nos contou que não havia um consultório ou sala disponível para utilizarmos e que, se quiséssemos, poderíamos nos sentar nos bancos que ficam na parte externa da UBS. Ocupamos um banco de ferro já esquentado pelo sol, acompanhados dos gritos das crianças que estudavam na escola ao lado da UBS. Os estudantes seguravam os caderninhos e me olhavam com certa apreensão e desconforto. Perguntei quem queria compartilhar sua experiência e recebi um enorme silêncio. Indaguei se tinha a ver com a timidez do primeiro encontro, mas prontamente me disseram que esperavam que tivéssemos um espaço com privacidade para compartilhar como se sentiram, sem que fossem vistos ou, ao menos, ouvidos. O dia estava muito quente e estávamos suando bastante, o que dificultou um pouco de ficarmos à vontade durante a aula. Confesso que também imaginei que teríamos um espaço mais privativo, para que pudéssemos conversar com mais intimidade e privacidade, mas como era nosso primeiro dia, eu não sabia dizer se teríamos alguma sala”. (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 01, GRUPO 01, PESQUISADOR).

Inaugurar a disciplina de Humanidades Médicas 5 na UBS nos trouxe um grande desafio: a ausência de uma sala que pudéssemos utilizar; tal desafio interferia diretamente na construção da confidencialidade no processo de ensino e aprendizagem. Compreendemos ‘confidencialidade’ como um processo em que uma pessoa, denominada de confidente, compartilha alguma informação, sendo esta a única que possui o direito de autorizar o rompimento da confissão para sua divulgação, direito fundamental assegurado pela Constituição Federal de 1988 (Gomes et al., 2020; Lütz, Carvalho e Bonamigo, 2019; Brasil, 1988). Para que a construção da disciplina de Humanidades pudesse acontecer de modo potente, se tornava fundamental que os estudantes participassem ativamente, compartilhando

como se sentiram ao longo das práticas, suas experiências com as atividades, com os pacientes, dentre outros, para refletirmos acerca da prática médica; consideramos que a experiência de compartilhamento dependia fundamentalmente da segurança que os estudantes sentiam no ambiente de sala de aula, do sigilo e do grau de confidencialidade experimentado durante o Ambulatório de Humanidades Médicas 5. Não ter uma sala nos colocou numa exposição que dificultou a experiência de segurança, sigilo e confidencialidade, interferindo no compartilhamento das experiências dos estudantes e demandando a construção de estratégias para que estes empecilhos fossem enfrentados.

“Notando que estávamos numa condição pouco favorável de conforto, decidi ser o primeiro a falar, para, quem sabe, inspirar o grupo e quebrar um pouco o gelo - ou o enorme calor. Comecei falando sobre a sensação diferente e, em algum nível, desconfortável de caminhar sem a busca por observar algo específico. A Deriva nos solicitou que deixássemos isso tudo de lado e simplesmente experimentássemos o caminhar. O estudante “M.”, assim que eu terminei de falar, olhou para todo o grupo e, como se enchesse os pulmões de coragem, compartilhou: ‘professor, eu já tinha vindo fazer outras práticas aqui nessa UBS há muito tempo, mas não tive a chance de conhecer tão bem. Eu pude notar que a maioria das casas tem grades de proteção e muros muito altos, que me fez pensar sobre uma sensação de insegurança nessa região’. (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 01, GRUPO 01, PESQUISADOR).

Intencionalmente, tomei a iniciativa de compartilhar como foi a minha experiência durante a deriva, buscando construir uma experiência de aproximação e segurança com os estudantes. Rodrigues (2024) discorre acerca do desafio ligado ao processo de adaptação que estudantes enfrentam na educação infantil, ligado a um novo território escolar, à troca de turma ou de ambiente educacional; como enfrentamento, para a autora, se tornava importante a criação de estratégias de acolhimento para que o processo de inclusão fosse vivido com equilíbrio. A experiência com os acadêmicos de medicina evidenciou uma relação parecida com a descrita por Rodrigues (2024) na educação, uma vez que se tornava fundamental a criação de um ambiente acolhedor, fundamentado na postura sensível, no olhar atento, centrado na relação próxima com os estudantes, convocando uma aproximação do docente para mais próximo dos estudantes, para que a experiência de segurança pudesse ser vivenciada. Estábamos diante de uma disciplina nova, realizando uma atividade que nenhum estudante havia participado anteriormente, caminhando por um território desconhecido, experimentando pela primeira vez o encontro entre grupo e professor, com discussões diferentes das que os acadêmicos já tinham participado na universidade. Tudo isso, aliado com a ausência de uma sala para nos receber, interferiu na construção de um encontro seguro e acolhedor, demandando uma estratégia para contornar as dificuldades que surgiam no nosso encontro. Como resposta, um estudante sentiu coragem e segurança para compartilhar sua experiência durante a Deriva. Com isso, evidenciou que a experiência de aproximação dos estudantes, com acolhimento e apoio, se tornaram ferramentas muito importantes para a composição do espaço de sala de aula segura e participativa.



Figura 2: registro da Deriva Psicogeográfica. Autor: pesquisador.

Para nós, interessava construir uma experiência com os estudantes em um plano comum, em um plano que superasse as diferenças e desafios que se colocam na relação professor-aluno. Para a Cartografia, o encontro é constituído a partir de uma relação de forças (Hur, 2019; Kastrup e Passos, 2016) e, neste caso, tínhamos a força-sol-quente, força-ausência-de-sala-de-aula, força-falta-de-privacidade, força-receio-da-primeira-aula, força-medo-de-falar-algo-inadequado, força-hierarquia-entre-professor-e-estudantes, dentre outras. Tais forças atuam numa lógica que agencia/articula modos de experimentar o encontro que podem operar de duas formas: (1) numa lógica hierárquica entre pesquisador-professor e estudantes, convocando uma experiência de subordinação, repressão e distanciamento, ou (2) construir um plano comum, onde inventávamos juntos a experiência de aula, no coletivo, na aproximação, reconhecendo que existe a diferença entre professor e estudante (a respeito de seus objetivos, responsabilidades, competências, dentre outros), mas que, na experiência de aproximação, a hierarquia se reorganizava, se tornando obsoleta, não dividindo o grupo entre “quem tem poder” e “quem não tem poder”, não excluindo os estudantes (Simonini e Romagnoli, 2018; Hur, 2019; Prado e Moura, 2024). A aproximação permitiu inventar um plano que transversalizava a relação professor-estudante, permitindo uma dimensão de conexão, em que as forças que compuseram o encontro articulassem-agenciassem uma experiência de segurança, partilha e pertencimento entre o grupo (Kastrup e Passos, 2016).

Com a experiência de aproximação, pudemos, mesmo em uma área externa, experimentar a construção de segurança e sigilo entre todo o grupo. Só aí, a partir desta aproximação, pudemos observar que o grupo se encorajou para compartilhar como se sentiram na Deriva, contando o que viram, lembraram e registraram em seus caderninhos:

“Eu também percebi os muros altos e as grades. Eu até anotei no caderninho: o que será que há por trás de muros tão altos e grades por todos os lados? Tinha muitas casas com grades nas portas, envoltas de muitas correntes e enormes cadeados. Será que tem a ver com excesso de segurança? Medo da violação do ambiente doméstico? Será que estávamos em um ambiente com alta taxa de periculosidade e, por esta razão, a coordenação nos orientou a andar de jaleco, para sermos identificados como profissionais da saúde?” (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 01, GRUPO 01, PESQUISADOR).

“Eu não sei se alguém estranhou, mas era 08h da manhã e tinha um monte de bar aberto. Quem frequenta um bar a essa hora da manhã, gente? A gente mal virou a esquina e vimos um grupo de pessoas sentadas na calçada e cada uma tinha uma garrafinha de cachaça na mão... é, alguém vai ao bar 08h da manhã”. (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 01, GRUPO 01, L.).

Quando estamos numa Deriva, nossa atenção não se limita a focar ou desfocar objetos, pessoas e ambientes. Virginia Kastrup, quando discutiu acerca do funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo, comentou que a atenção se faz quando detectamos signos e forças circulantes, compreendendo que estes signos e forças poderiam apontar pra uma processualidade, pra uma realidade em curso, para uma relação entre forças e formas (Kastrup, 2015). Quando nossa atenção foi capturada pelas grades, muros altos e a necessidade de usar jaleco na rua, esses fragmentos de cenas e sensações, inicialmente desconexos, pareceram produzir uma certa cena do que poderia ser a realidade vivida em Maria Ortiz e que poderia interferir na nossa aula prática, na atuação médica e nos processos de saúde-doença.

Durante o caminhar da Deriva Psicogeográfica, nossa atenção foi capturada por casas bem bonitas, lojinhas comerciais (manicure, costureira, sapateiro, muitos depósitos de bebidas, padaria, chaveiro, venda de bolo, de salgadinho, de picolé, pipoca, pizza, dentre outros), muitas igrejas, passarinhos cantando, ruas bastante arborizadas, pessoas nos dando bom dia e nos observando com olhar curioso. O material que nos convocou atenção nos permitiu pensar na articulação do território, construído numa relação entre forças e formas. Para Hur (2019), as formas são constituídas a partir de uma certa estabilização da relação entre forças. Vimos pelo menos 4 depósitos de bebidas/bares abertos, às 08h da manhã e também encontramos muitas pessoas sentadas nas calçadas, com garrafinhas de cachaça, bebendo e conversando sobre o jogo de futebol exibido no dia anterior. Caminhar pelas ruas de Maria Ortiz nos fez construir reflexões muito importantes: a construção do território-bairro perpassa os hábitos da comunidade, ao passo que os hábitos da comunidade constroem aquilo que acontece no território; existe uma relação entre as forças presentes no território-bairro-Maria-Ortiz e que atravessa os residentes do bairro, produzindo suas experiências de vida, cuja produção recai diretamente nos processos de saúde e doença. Vimos muitas ruas com lixo acumulado pelas calçadas, com a presença de muito mosquito e baratas pelas ruas, ao mesmo tempo que também observamos pessoas lavando suas calçadas. Tudo isso construiu em nós questionamentos sobre o funcionamento do bairro, mas principalmente acerca da saúde das pessoas: que impactos o bairro de Maria Ortiz produz na saúde-doença dos pacientes? Como esta comunidade se movimenta e se articula no enfrentamento dessa produção? Que ações coletivas de cuidado à saúde comunitária existem para fomentar a promoção e recuperação da saúde? O que as ruas do bairro podem nos contar sobre a saúde e adoecimento de seus moradores?

Uma das estudantes, ao contar sobre como foi a experiência de andar no território sem procurar explorar algo específico, observando paisagens, movimentos, pessoas, coisas, casas e... o que aparecesse, compartilhou que se sentiu surpresa com a proposta, que era completamente diferente de tudo que eles já tinham feito na graduação e do que eles já tinham imaginado que fariam até a formatura, porque estávamos no Ciclo Clínico do curso, mas nossa prática aconteceu fora do consultório, "no terreno do paciente". As únicas vezes que estiveram na rua, foi com o objetivo de realizar entrevistas de censo epidemiológico, com um roteiro pré-estabelecido e padronizado, na primeira fase do curso. Outro estudante completou dizendo que sair da rotina do formato tradicional de "aulas acadêmicas" o deixou motivado, porque foi como se enveredar pela realidade do público que nos procuraria em busca de atendimento à saúde. Um outro estudante completou dizendo: "*eu acho que estamos tão acostumados a identificar sinal e sintoma, coletar informações do paciente, que estar caminhando pelas ruas me deu um nó. Eu nem sabia o que observar direito, mas enquanto eu olhava a rua, as calçadas, as casas, as pessoas, eu só me indagava: que dados sobre a saúde e sobre adoecimento eu consigo extraír dessa experiência? Tem algo que a rua conta pra gente, mas a gente precisa caminhar pra entender, né?*"

A sensação de estranheza também surgiu a partir de outro ponto compartilhado pelos estudantes, que se sentiram muito acolhidos pelos moradores do bairro. Em dado momento, nos questionamos se o acolhimento demonstrado a nós pelos moradores do bairro teria a ver com o fato dos capixabas de Maria Ortiz serem muito receptivos com pessoas estrangeiras deambulando por suas ruas ou de estarmos de jaleco e com "roupa de Médico", pois existe uma representação social que indica que o capixaba é um povo fechado às pessoas de fora do convívio (Souza, et al, 2012). De fato, enquanto estávamos à Deriva pelas ruas, estávamos também sendo "derivados e experimentados". Uma estudante chegou a relatar que se sentiu "observada demais", quando percebeu que as pessoas paravam o que estavam fazendo na rua, nos cumprimentavam e continuavam nos observando. Tal situação lhe causou incômodo, porque se acha muito tímida e não gostava de ser o centro das atenções em nenhuma situação. Outro estudante contou que notou olhares que pareciam momentos de vigia, como se a comunidade tentasse desvendar o que estávamos fazendo. Em certo momento, recebeu bom dia, foi cumprimentado, apertaram suas mãos e manteve uma pequena troca de frases com algumas pessoas, indicando uma certa abertura para se comunicar, ou ao menos matar as curiosidades. Uma das alunas chegou a dizer que ficou surpresa com a gentileza, pois as pessoas da cidade de Vitória costumavam ser muito fechadas nas interações e comunicações com desconhecidos.

O fato de termos sido observados e estarmos afetados por essa observação, enquanto observávamos na Deriva, nos colocava numa espécie de plano comum com os pacientes também (Kastrup e Passos, 2016). A cartografia se desenvolve enquanto investigamos uma dimensão da realidade que se faz de modo processual, em um plano composto de forças que produzem certos movimentos e tais movimentos agenciam afetos, percepções, memórias e aguçam a curiosidade (Kastrup e Passos, 2016). As reações que os estudantes tiveram só foram possíveis por habitarmos um plano comum, onde também fomos afetados pelas forças que circulam o território, e tais forças só emergiram com a nossa chegada neste território que nos fomos afetados. Foi bom já no primeiro dia de aula podermos refletir um pouco sobre como a nossa presença pode produzir algum efeito para quem encontramos. Conversamos se o modo respeitoso tinha relação com o modo que a sociedade trata pessoas "com roupas de médico", que refletia um certo respeito, dignidade e até divinização da medicina, se isso tinha

a ver com a relação de poder que ainda existe entre médicos e pacientes, produzindo uma relação verticalidade, operada pela hierarquia (Temperly, Junior e Silva, 2021), ou se tinha a ver com a estranheza de ver um grupo de pessoas interessadas em caminhar pelas ruas, de se aproximar dos residentes, de se abrir para se comunicar.

Nossos questionamentos não chegaram a uma resposta específica, porém não pretendíamos construir conclusões, mas inquietações que indicassem sobre as forças que atuavam nos conectando ou nos afastando da experiência com os pacientes; cartografar significa acompanhar processos (Barros e Kastrup, 2015) e, neste caso, a gente só consegue se dar conta do território quando entramos no território. Encerramos o momento de discussão com algumas considerações: a entrada no território-UBS exige do cartógrafo um certo olhar de estranhamento, que se afasta do familiar, que se desapega do desconhecido e se aproxima da experiência que oferece atrito, que impulsiona a reflexão e não para aquilo que reforça o que já sabemos (Barros e Kastrup, 2015). Se cartografar significava habitar um território existencial, estando dentro dele e afetado pelas forças que nele circulam (Álvarez e Passos, 2015), estávamos imersos na curiosidade de mapear aspectos que interferiam nos processos de saúde e adoecimento, de vínculo com o paciente e de uma prática médica humanizada a partir da experiência de Deriva e, com isso, desenvolvíamos habilidades para uma formação e atuação médica mais humanizada.

3.2 Deriva 2: “Acho que preciso olhar melhor por onde estou andando”



Figura 3: registro da Deriva pelo bairro de Maria Ortiz. Autor: pesquisador.

No meu segundo dia de aula, mas o primeiro encontro com o Grupo 2, já iniciei meu percurso atrasado, novamente. Parece que os ônibus circulam com um horário irregular na cidade de Vitória. Entrei correndo na UBS e não encontrei a turma. O segurança, muito gentilmente, me indicou que estavam na sala de nebulização. Bem... parece que nos arranjaram uma sala e não precisaríamos ficar no banco quente da área externa da UBS. Abruptamente, entrei na sala já pedindo desculpas pelo atraso e encontrei 4 jovens falantes e sorridentes, todos vestidos de pijaminha cirúrgico azul marinho, me dizendo: "*tudo bem atrasar, professor. Pelo menos o senhor veio*". Contaram que não foram informados de que a aula começaria às 08h30 e que, mesmo me esperando desde as 08h, estavam felizes em me ver e de saber que teriam aula. Disseram que estiveram na UBS ontem, enquanto eu estive com o grupo 1, e que a primeira experiência na UBS não foi das melhores. Ficaram esperando até 10h para terem sua primeira aula e acabaram sendo dispensados, pois o professor não havia sido avisado de que as atividades haviam iniciado. Senti que não era o único que estava passando por dificuldades na execução das propostas de atividades na UBS.

Proponho o exercício de Deriva para o grupo, dizendo sobre a importância do exercício para a prática médica, pois tinha a ver com aguçar o olhar como o de um estrangeiro, mesmo sobre fenômenos já conhecidos, de explorar a realidade como se fosse uma novidade, reconhecendo processos, movimentos, relações e experiências com uma perspectiva fora do habitual, deixando de lado o que já se sabe e é conhecido (Passos, Kastrup e Tedesco, 2016). A atividade pareceu bem importante para esses estudantes, principalmente por conta da impressão que tiveram no dia anterior. O grupo, muito falante e com risada frouxa, apontou algumas curiosidades no percurso: muito comércio, uma casa de sushi, uma venda com biscoito que lembrava a esculinha que uma das alunas frequentou no ensino fundamental na roça. Estávamos numa exploração, afetados, com percepções que mexiam com a nossa memória. O que víamos, nos convocava uma experiência vivida, pois as experiências no território se fazem mutuamente, onde o cartógrafo se constitui a partir da articulação com diferentes fragmentos da realidade, numa espécie de coengendramento-coemergência, onde paisagem e cartógrafo crescem e se fazem juntos, numa composição coletiva do território habitado-pesquisado-afetado-adentrado (Pozzana, 2016). Nossa observação não se fazia de modo isolado ao que estávamos observando, muito menos distante da nossa vida fora do território, mas acontecia atravessando nossa percepção, nossa atenção, nossas memórias, nossos afetos e muitos outros lugares quantos fossem possíveis, produzindo um corpo sensível e que poderia acolher o que surgisse da Deriva (Passos, Kastrup e Tedesco, 2016). No dia anterior, pude conversar sobre isso com o Grupo 1, enquanto falávamos a respeito da timidez, e hoje foi interessante refletirmos a partir das memórias que foram se desenrolando com o caminhar.

Viramos uma esquina e vimos muitas pessoas sentadas na calçada, segurando garrafinhas de cachaça e aparentemente alcoolizadas. Escuto alguém dizer: "*nossa, um deposito de bebidas aberto tão cedo!*" Talvez haja relação com os ocupantes das calçadas, pois os vi no dia anterior com o Grupo 1 e, de certa forma, estavam em grupos, reunidos na calçada e interagindo. Me fez refletir: quem é a comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz? Quais são as principais queixas dessas pessoas? Como a UBS articulava ações de proteção e recuperação da saúde diante da realidade que circunda o bairro? Como nós poderíamos inserir a construção da disciplina prática de Humanidades Médicas envolvendo a comunidade, não apenas as necessidades da formação dos estudantes?

Vimos uma padaria aberta e decidimos entrar para sentar, tomar um café e discutir um pouco de como foi a experiência de Derivar. Uma estudante conta que, mesmo já tendo ido muitas vezes até a UBSMO, sentiu que hoje conseguiu ver algo além de uma Unidade de Saúde: viu pessoas, numa comunidade com individualidade. A experiência de caminhar à deriva a permitiu se conectar com memórias da sua infância, com muitas casas parecidas com as da sua cidade natal, com gente simples que se desloca pelo bairro a pé ou de bicicleta. Ela conta que também percebeu que a UBS fica ao lado de uma escola municipal. Enquanto compartilhava como se sentiu na atividade, ouvíamos os gritos cada vez mais altos, de uma atividade que lembrava Educação Física. Ela nos contou que sonha em ser Pediatra e que imaginava que, em algum momento, poderíamos ter a oportunidade de nos conectar com as crianças do bairro.

Em dado momento, outra estudante contou que quando descobriu que teria uma outra aula na mesma UBS que ficou horas esperando para ter aula no dia anterior, sentiu vontade de ir embora, sensação esta aumentada pelo meu atraso. Compartilhou que sempre passava por essas ruas, mas sempre de carro e que nunca havia percebido que o bairro tinha tanto comércio. Sentiu certa dificuldade de observar, pois tanta coisa nova se revelou durante o percurso que estava habituada a fazer que até teve dificuldades de olhar por onde andava e acabou pisando em um cocô de cachorro. Rimos e, em um breve momento de respiro, refletimos no quanto da realidade conseguimos acompanhar, quando fazemos o mesmo percurso de modo diferente, buscando reconhecer o que poderia haver de novo no habitual.

Uma terceira estudante compartilhou que compreendeu hoje que precisava estar mais atenta ao que acontecia ao seu redor, não apenas nos momentos de coleta de informação dos pacientes na anamnese. Se percebeu muito acelerada e afoita para realizar as atividades e sentiu uma necessidade de começar a desacelerar, para se atentar a detalhes que passavam despercebidos pelo ritmo frenético e animado de fazer as coisas. A cartografia guarda em si o desafio de Des-naturalizar nosso modo de fazer as coisas habitualmente e de nos fazer repensar nosso modo de fazer pesquisa e intervenção que, em muitos momentos, está apegado em uma posição distante daquilo que se observa, como se estivéssemos imunes a ela ou tão acelerados que dificultava a experimentação do que está acontecendo (Passos e Eirado, 2015). O próprio espaço que escolhemos para compartilhar nossas impressões - uma padaria - refletiu um pouco da importância de reconfigurar nosso modo de habitar um ambiente de prática de saúde e de construirmos uma outra forma de participar dos espaços que ocupamos. Caminhar durante a deriva nos permitiu guiar o percurso de uma forma em que o grupo encontrou o que era conhecido, mas também o que era desconhecido de Maria Ortiz, de seus residentes e de nós mesmos. Foi muito interessante quando os estudantes compartilharam que encontraram uma realidade produtora de demandas, de afetos e de modos de existir que afetava a comunidade de Maria Ortiz e que estava nos afetando também, desde a deriva até o compartilhamento das experiências.

Ao final do encontro, todo o grupo contou sobre o quanto percebiam uma certa mudança em si mesmos, como uma inquietação. Mais do que observar e acolher, se sentiam desafiados e intrigados para compreender o que estava acontecendo para além do que viam com os olhos: por que cada coisa estava acontecendo daquela forma? Por que determinadas situações nos tocaram de tal modo que nos levou a registrar no Diário de Bordo, compartilhar na aula e ainda continuarmos pensando nelas? Que afetações são essas e como elas nos movimentam para repensar a prática em saúde? Terminamos o encontro refletindo um pouco sobre o quanto uma sensação efervescente de provação surgiu em pouco mais de 15

minutos de deriva e que grande parte da humanização da prática médica poderia acontecer quando desacelerássemos e, com tempo e disponibilidade, acompanhássemos o que está acontecendo, humanizando e tratando nossos pacientes com importância e interesse; compartilhamos, ainda, que esta mudança só seria possível com real disponibilidade, com real esforço para sair do lugar habitual e observarmos curiosamente, como um estrangeiro.

3.3 Deriva 3: “Olhe mais uma vez e veja se consegue ver algo diferente”



Figura 4: registro da Deriva Psicogeográfica. Autor: pesquisador.

Depois de almoçar rapidamente, voltei correndo para a UBS para receber o terceiro grupo, composto por 4 meninas. Tivemos que nos sentar na área externa da UBS, no mesmo banco de ferro que, apesar de ventar bastante, continuava quente. Encontramos a UBS bastante vazia, com umas 3 pessoas aguardando atendimento. Expliquei para as meninas a proposta de deriva, que pareceu um desafio para mim e para elas: para mim, porque fiz essa atividade ontem e hoje pela manhã. Para elas, porque já fizeram práticas aqui na unidade e, inclusive, tiveram uma outra aula na UBS pela manhã. O exercício de desfazer os pressupostos e deixar o olhar naturalizador de lado nunca fez tanto sentido nesse momento. Carolina logo abriu um enorme sorriso e contou que estava muito animada com a proposta, pois leu um livro durante as férias, chamado “Pense como um monge”, onde o autor contava que foi ensinado em um mosteiro a fazer uma atividade muito parecida, onde caminhava por

um determinado local e observava o que estava ao seu redor, buscando novidade, algo fora do habitual.

Começamos nossas andanças pelas ruas de Maria Ortiz e as meninas logo me perguntaram se poderiam tirar fotos para compor seus Diários de Bordo. Inclusive, me perguntaram como poderiam descrever aquilo que observaram, suas impressões, seus afetos; me fez pensar que seria interessante desenvolvermos pistas que servissem como um orientador para as formas que os Diários de Bordo poderiam ser desenvolvidos. Percorremos alguns metros, avistamos muitas janelas, que além de conter as já conhecidas grades, vimos também plantas penduradas, cachorros e gatos com a cabeça para fora, observando a rua. Olho com curiosidade, pois sou apaixonado por plantas e ainda não tinha percebido que a maioria das casas tinha plantinhas nas janelas, nas sacadas e nas portas de entrada. Como discutimos ontem, tem horas que precisamos realmente desacelerar e ver o que estamos olhando, ainda mais se tratando de um lugar já conhecido.

Neste momento, gostaria de dedicar um pouco de tempo para comentar o que discutimos sobre a deriva quando voltamos para a UBS. As meninas narraram uma série de coisas que não tinha observado hoje e nas duas outras derivas. Uma delas apontou uma frase pintada em um muro que a fez refletir muito. A frase dizia: “*a paz do mundo começa em mim, se eu tenho amor, com certeza sou feliz*”. Disse que ficou pensando na frase, enquanto percorria as ruas de Maria Ortiz. Percebeu que a luz do sol refletia nas casas e despertava um certo ar de nostalgia, de cidade do interior. Foi cativada por uma senhora que varria a calçada, pelos passarinhos cantando nas copas das árvores e com os cachorros dormindo no sol, serenamente. Tudo isso foi recebido como um convite para se desligar, mesmo que momentaneamente, das tarefas e horários a cumprir, para olhar as pessoas para além de uma imagem e de um conjunto de sinais e sintomas. Ver histórias, sem julgamentos, com empatia e cuidado.

Uma acadêmica compartilhou uma sensação que não saiu da sua cabeça: a diferença do bairro que mora e o bairro que a UBS está inserida. Sentiu uma sensação de andar por um bairro, bairro mesmo, com comércio local, barraquinhas e carrocinhas pelas ruas. Contou que no seu bairro existem muitos estabelecimentos “*instagramáveis*”, onde há um grande apelo estético e midiático, com funcionários que te olham dos pés à cabeça a depender da roupa do cliente. Nos permitiu compreender que diferentes bairros são atravessados por forças distintas, produzindo realidades que não são homogêneas ou iguais em todos os lugares. Hur, no seu livro intitulado “*Psicologia, política e esquizoanálise*”, declarou que as forças são a unidade básica de análise para todos os processos que observamos, vivemos e acompanhamos, pois elas operam em um território/campo com distintos efeitos, ora de modo movimentado, ora de maneira estática, mas sempre compondo diferentes realidades nos territórios (Hur, 2019). Tais forças podem corresponder a uma segmentaridade rígida, quando produz formas de viver com pouca variação, rígidas e com estabilidade, como os hábitos ou as demandas sociais de nascer, crescer, namorar, casar, ter filho, plantar uma árvore, numa sequência que precisa acontecer com todos, de modo pouco variado; as forças também podem corresponder a uma segmentaridade flexível, gerando trajetos diferenciados, com singularidade, em processos de mudança (Hur, 2019). À medida que caminhávamos pelas ruas de Maria Ortiz, pudemos nos perceber atravessando por uma realidade que era composta por uma infinidade de forças rígidas e flexíveis, mas também refletíamos sobre as diversas

forças que estavam presentes nas nossas realidades, em casa, na universidade, na família, no lazer, dentre outros.

A estudante contou, ainda, sobre a interação que teve com um homem, que chamaremos de Gean, que estava em próximo a um botequim, cujo litrão de cerveja custava 10 reais; o homem perguntou o que estávamos fazendo de jaleco na rua e andando pra lá e pra cá. Quando a estudante disse que estávamos numa aula prática na UBS, o homem ‘*abriu o bocão e hablou*’ (segundo ela), bradando a insatisfação de sempre ser muito mal atendido na recepção da UBS, impressão esta que a própria estudante já havia experimentado. Ele compartilhou que nos achou muito gentis, atenciosos e que prestaram genuína atenção nele e ao que ele queria falar, alegando inclusive que gostaria de ser atendido por nós, para mudar a impressão que tinha da UBS. Ao final, Gean pediu que tirássemos uma foto sua, para que nos lembrássemos sempre do encontro com ele. Observamos esta fala como uma resposta quase que direta à nossa atitude com ele, atitude que tinha sido muito diferente da atenção que ele recebeu na UBS. Depois de ler tanto sobre as Humanidades Médicas e sobre a necessidade de construir um contato empático, humano e verdadeiro com os pacientes (Rios, 2010; Rios, 2016; Garcia Júnior, 2020), vimos e ouvimos na nossa frente o resultado da ausência de um acompanhamento humanizado.



Figura 5: registro do encontro com Gean durante a Deriva Psicogeográfica. Autor: pesquisador.

As duas estudantes compartilharam o incômodo que sentiram quando receberam a grade de horários do semestre e viram que teriam aulas de Humanidades Médicas, pois a Medicina se alicerça, ou deveria se fundamentar, na escuta, no acolhimento e no respeito aos pacientes. O que encontramos, no encontro com o homem, foi uma pessoa que queria ser tratada com dignidade, que ser ouvida de verdade e ser entendida, algo que não encontrou na UBS e que produziu uma impressão negativa e uma recusa ao cuidado neste espaço. Nos fez compreender que, apesar de estar intimamente relacionada com a vida, a Medicina ainda precisava ser humanizada com urgência. Trata-se da necessidade de inventar uma prática em saúde que desvia da impessoalidade na relação e do cuidado focado na doença, possibilitando que traçássemos novos percursos para as ações em saúde, pensando a clínica como Clinamen, como processo de diferenciação, na invenção não de uma reprodução de modelos ou procedimentos, mas de uma multiplicidade tecida no/pelo encontro, que favorece a humanização, que diminui a verticalização do cuidado e aproxima profissionais e pacientes.

JORNADA III

A ENTREVISTA CARTOGRÁFICA COMO FERRAMENTA DE APRENDIZAGEM MÉDICA EM HUMANIDADES

1 INTRODUÇÃO: A AUSÊNCIA DE GRUPOS TERAPÊUTICOS NA UBSMO E A ENTREVISTA CARTOGRÁFICA

Nossa jornada iniciou a partir da necessidade de construir uma atividade que possibilitasse o encontro entre acadêmicos de medicina e pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz (UBSMO). O final do exercício de Deriva Psicogeográfica foi marcado pelo encontro com a diretora da UBSMO, que gentilmente realizou uma visita guiada pela unidade para conhecermos os consultórios, as equipes e as atividades em andamento.

Quando indagamos acerca da existência de grupos terapêuticos na unidade e das possíveis formas que poderíamos nos inserir para realizar a prática de Humanidades Médicas 5 em conjunto, a diretora nos contou que não havia nenhuma atividade de grupos terapêuticos em curso. Em choque, perguntamos se a unidade já havia realizado algum tipo de intervenção em grupo com os pacientes, mesmo que o foco não fosse o acolhimento psicológico. Ela nos disse que havia 2 atividades em curso: a primeira, tratava de uma prática ofertada pelo educador físico da unidade; a atividade física tinha duração de 50 minutos, acontecia 2 vezes por semana na pracinha próxima da unidade e integrava o programa de prevenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Fizemos tentativas de programar atividade em conjunto com a educação física, mas, por conta do conflito de horários, a parceria não aconteceu. A segunda proposta grupal em andamento era realizada pelo psicólogo da unidade e se chamava “Grupo de Acolhimento (GT)”. Diferente do que o nome sugeria, o GT funcionava como uma triagem para novos pacientes, os direcionando para os cuidados específicos na UBSMO. Os encontros aconteciam 1 vez por semana, com duração de 60 minutos, mas, após a pandemia de COVID-19, o GT foi suspenso temporariamente e passou a acontecer conforme necessidade. Fomos informados, ainda, de que não havia registros acerca dos encontros. Uma vez que se tratava de um grupo aberto, o GT não tinha um histórico de atividades, de frequência ou dos dados pessoais dos pacientes que se inscreveram e participaram dos encontros, o que impossibilitava que viabilizássemos um trabalho em conjunto ou que acessássemos os pacientes que já foram acolhidos.

Motivados pelo interesse de possibilitar o encontro entre pacientes e acadêmicos de medicina, elaboramos uma proposta de entrevista, inspirada no Método da Cartografia, para fomentar espaços de desenvolvimento de habilidades ligadas às Humanidades Médicas. Nosso interesse não se limitou a conhecer os pacientes ou coletar informações acerca de suas rotinas, hábitos, comportamentos ou histórico de saúde, como é comum nas entrevistas médicas. Queríamos estar com os pacientes, ouvi-los, acolhê-los, ao mesmo tempo que desejávamos construir as competências ligadas ao acolhimento, escuta e vínculo humanizado.

A Cartografia nos permite compreender que a realidade não é composta apenas de coisas e estado de coisas, ou seja, não nos bastava entender quem eram os pacientes e se estavam saudáveis ou doentes, se os estudantes sabiam ou não acolher ou se tinham habilidades para entrevistar; mais do que os estados das coisas, a cartografia nos possibilita reconhecer que a realidade é tecida por processos, por movimentos de forças que, em determinada articulação, produz um plano de experiência, seja de aproximação, distanciamento, tensão, desencontro, dentre outros (Tedesco, Sade e Caliman, 2013; Pozzana e Kastrup, 2015; Hur, 2019).

Com a entrevista, nos interessou compreender e acompanhar a experiência de encontro e/ou desencontro, de humanidade e/ou impessoalidade, dando conta de mapear as forças que constituíram a reunião entre acadêmicos e pacientes, para além do ato de coletar informações ou descrever o conteúdo da entrevista (Tedesco, Sade e Caliman, 2013; Costa, 2014; Escóssia e Tedesco, 2015). Desejávamos acompanhar a experiência que se deu entre estudantes e pacientes e as forças que circularam na composição desses encontros, dando conta de mapear as possíveis contribuições para a formação médica. Desta forma, a entrevista cartográfica visou acompanhar a experiência do estudante ao se aproximar e se vincular com pacientes atendidos na UBSMO, de acompanhar os efeitos destes encontros para ambos, de reconhecer e mapear os processos ligados à atuação humanizada, ao mesmo tempo que, durante o encontro, poderíamos intervir e produzir novas práticas, inventando alternativas e novas possibilidades para os atendimentos em saúde (Tedesco, Sade e Caliman, 2014; Pozzana e Kastrup, 2015).

2 O PERCURSO METODOLÓGICO DA ENTREVISTA CARTOGRÁFICA

Foram realizadas 78 entrevistas. Participaram da prática 62 acadêmicos de medicina do Centro Universitário Multivix que cursaram a disciplina de Humanidades Médicas 5, nos grupos de número 1 a 15, nos módulos A, B e C do semestre de 2022.2. A prática foi realizada dentro da Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz (UBSMO). Participaram residentes do bairro de Maria Ortiz, que utilizam a UBSMO e que possuíam idade acima de 18 anos. Antes da entrevista, os participantes-pacientes receberam orientações a respeito dos objetivos da atividade, dos possíveis benefícios e riscos na participação, acerca da não-obrigatoriedade em participar, além da possibilidade de recusa e/ou interrupção a qualquer instante.

Os estudantes elaboraram um roteiro semi-estruturado para a entrevista, contendo tópicos ligados a 3 eixos temáticos: (A) dados pessoais do paciente, de sua família, trabalho e relacionamentos; (B) saúde e os motivos de ter procurado a UBS; (C) vínculo com a UBS e com os profissionais.

Antes do início das entrevistas, cada grupo de estudantes se reuniu com o pesquisador-professor para discutir 7 questões básicas relacionadas à atividade: (1) a prática não teria tempo mínimo, mas os estudantes precisariam voltar 1h antes de acabar o horário da aula; (2) cada estudante deveria acompanhar pelo menos um paciente, desde a chegada na UBS, até sua respectiva saída; (3) a entrevista não deveria se limitar às perguntas contidas no roteiro, sendo privilegiado o encontro livre; (4) caso o paciente se sentisse confortável e o profissional autorizasse, o estudante poderia acompanhar consultas e/ou o procedimentos do paciente, com excessão de atendimentos com profissionais psicólogos, ginecologistas e/ou dentistas; (5) nosso foco não objetivava treinar ou capacitar os acadêmicos para a realização de entrevistas;

o objetivo da atividade tratava de desenvolver habilidades de escuta e construir vínculos com os pacientes, dentro dos princípios do Método Clínico Centrado na Pessoa; (6) elaboraríamos um Diário de Bordo apresentando os afetos, memórias, percepções, sensações, hipóteses, dentre outros, relacionados com o encontro com os pacientes; (7) ao final da prática, nos reuniríamos em grupo e compartilhariámos as experiências coletivamente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A PRÁTICA DE ENTREVISTA CARTOGRÁFICA NA AQUISIÇÃO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO, ACOLHIMENTO E VÍNCULO

3.1 A Elaboração da entrevista: ouvir ou escutar?

“Sentei-me com os estudantes e lhes lancei a proposta: ‘*Semana que vem iremos encontrar pessoas, pacientes que estão à espera de algum atendimento. Vamos fazer isso utilizando uma entrevista. Gostaria que vocês pensassem no que gostariam de conversar com os pacientes. Anotem algumas perguntas e discutiremos na semana que vem. Não precisa ser nada muito fechado e diretivo, mas vamos fazer uso do Método Clínico Centrado na Pessoa e focar na experiência de encontro*’”. Ao ouvir frases como: ‘*acho que isso não vai ser difícil, pois a gente passou 2 anos treinando entrevistas*’ e “*estamos craques em anamnese*”, tive uma leve impressão de que essas entrevistas nos renderiam um bom material para discutirmos sobre encontros”. (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 2, PESQUISADOR).

Desde o início da graduação, estudantes de medicina são inseridos em diversos cenários para treinamento e desenvolvimento de habilidades relacionadas com a investigação, uma vez que as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina (DCN) estabelecem que compete à prática médica a atenção às necessidades individuais e coletivas de saúde, a investigação diagnóstica e o desenvolvimento de planos terapêuticos a partir da identificação das queixas dos pacientes, considerando a complexidade de seus contextos (Brasil, 2014, Resolução nº 3). A entrevista é entendida como uma das principais ferramentas para a prática clínica, pois é onde se estabelece uma relação com o paciente, são identificados os determinantes epidemiológicos, construída a história clínica, avaliados os sintomas e o estado de saúde e onde se conhecem os hábitos de vida, ou seja, ela permite que, em pouco tempo, se conheça a história clínica do paciente, afim de que se tome providências relacionadas aos diagnósticos e tratamentos (Machado, Ribeiro e Guimarães, 2018; Maués et al, 2023). Compreende-se, com isso, que acadêmicos de medicina se familiarizam desde muito cedo com técnicas investigativas, treinando habilidades relacionadas à observação (seja direta, não estruturada, inspeção, palpação, percussão, ausculta, etc.), à aplicação de questionários (de triagem, avaliação de sintomas, histórico médico, anamnese), à elaboração de perguntas (abertas, fechadas, focadas, dirigidas, compostas), à escuta (fazendo uso de habilidades de confirmação, silêncio, empatia, sumário, confrontação e parafraseando), à comunicação não-verbal (como a postura, aparência geral, expressão facial, ambiente e mãos) e ao registro das informações colhidas (Machado, Ribeiro e Guimarães, 2018; Maués et al, 2023).

Surgem, no percurso da graduação, alguns desafios diante da capacitação dos estudantes para realizar uma entrevista médica. Nem sempre o acadêmico considera o treinamento de técnicas de entrevista como algo necessário; é comum que não estejam familiarizados a respeito dos diferentes aspectos que envolvem a comunicação com o paciente; muitos também apresentam dificuldades relacionadas com a construção de vínculo e/ou a elaboração de recursos e habilidades para tecer uma relação terapêutica com o paciente, o que impacta diretamente na condução de uma boa entrevista médica e, como consequência, acabam por realizar uma investigação incompleta ou mecanizada (De Marco et al., 2010). Era do nosso interesse compreender como os estudantes receberam a proposta de entrevista; indagávamos: de que maneira “*ser craque em uma anamnese*” poderia nos ajudar na experiência de encontrar pacientes e construir vínculos com eles? Quais tipos de entrevistas os estudantes treinaram nos primeiros 2 anos de graduação e se sentiam familiarizados? Orientamos que os estudantes redigissem perguntas a respeito do que gostariam de conhecer dos residentes do bairro de Maria Ortiz a partir da entrevista, visando os inserir em um papel ativo no processo de aprendizado e permitindo construir sentidos sobre a prática da entrevista. A seguir, descreveremos como se deu esta proposta:

A aula prática-entrevista foi iniciada com os estudantes compartilhando as perguntas que elaboraram durante a semana; uma lista de perguntas pontuais: nome, idade, gênero, estado civil, profissão, ocupação, naturalidade, residência, religião, queixa principal que lhe trouxe para a UBS, história da doença atual, evolução da doença, antecedentes pessoais, hábitos de vida, dentre outras questões que remetiam a uma anamnese. Em todos os grupos, havia uma produção de perguntas que indicavam apenas aspectos objetivos que nem sempre poderiam detalhar a processualidade a respeito da relação saúde-adoecimento do paciente. (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 1, PESQUISADOR).

Estar diante das perguntas objetivas me provocou uma série de indagações: a lista de questões poderia nos permitir explorar a experiência do paciente em relação à saúde-doença? Concederia meios de construir uma experiência de entrevista centrada na pessoa? Possibilitaria construir e fortalecer a relação com os pacientes? Forneceria uma experiência de reflexão sobre como o paciente enfrenta e maneja os aspectos que acontecem em sua vida? Observamos que os estudantes encontraram dificuldades em traduzir o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) em um roteiro de perguntas, assim como encontrado em estudo anterior (Wenceslau, Fonseca, Dutra e Caldeira; 2020). O MCCP é um procedimento de atuação em saúde que se fundamenta nas DCN e na Política Nacional de Humanização, permitindo articular a excelência técnica com a humanização do atendimento, visando construir uma prática baseada em evidências, a partir do domínio e da valorização de tecnologias relacionais com o paciente (Yogui, Magalhães e Bivanco-Lima, 2024). O MCCP visa explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença, entender a pessoa como um todo - reconhecendo sua história e seus contextos -, elaborar um projeto em conjunto de manejo de problemas, incorporar prevenção e promoção de saúde, fortalecer a relação médico-paciente e ser realista (Barbosa e Ribeiro, 2016). Apesar de apresentar resultados positivos, aumentando a satisfação do paciente, melhorando a adesão ao tratamento, diminuindo o retorno recorrente ao serviço de saúde e reduzindo a judicialização médica, o MCCP ainda encontra desafios em sua implementação na educação médica, demandando que os docentes proporcionem um ensino com reflexão crítica e centrado nele (Yogui, Magalhães

e Bivanco-Lima, 2024). Aqui, a natureza objetiva das perguntas indicou a necessidade de refletir sobre aspectos ligados à experiência de encontro e que produz interferência no manejo da entrevista.

Estávamos sentados em um banco de ferro esquentado pelo sol quente, na área externa da UBS. Enquanto os estudantes me observavam em silêncio, como um gesto de provocação, indaguei: ‘precisamos avaliar se essas perguntas vão nos ajudar a escutar os pacientes’. Uma estudante, ainda de cabeça abaixada, responde: “professor, mas, com essas perguntas, a gente consegue sim ouvir o paciente”. “Ouvir sim... escutar? Não sei...”, respondo. Neste momento, os 5 estudantes me olham com a testa franzida e olhos arregalados, como se tivessem acabado de ouvir um grande absurdo. “E tem diferença entre escutar e ouvir?”, indaga um estudante me olhando por cima dos óculos. Respondo com um sorriso: “vamos olhar no google?” (DIÁRIO DE BORDO, SEMANA 2, PESQUISADOR).

A indagação do estudante acerca das diferenças entre ‘ouvir’ e ‘escutar’ nos colocou diante de importante cenário: o lugar do acadêmico como participante ativo na construção do conhecimento; é esperado que este aprenda a partir da reflexão do processo de trabalho em saúde, mas principalmente fazendo uma análise a respeito da própria prática, sobre como o ‘fazer médico’ é desenvolvido, produzindo reflexões a respeito de seu aprendizado, não apenas através da transmissão e memorização de conteúdos e conceitos (Pacca et al., 2024; Silva et al., 2022; Brasil, 2014, Resolução nº 3). Nossa interesse não recaía apenas em compreender se os estudantes conseguiam diferenciar os termos ‘ouvir’ e ‘escutar’ para executar uma boa entrevista, mas promover condições para que os acadêmicos desenvolvessem autonomia e se engajassem no próprio processo de ensino, assumindo papel de protagonistas na aprendizagem, de modo crítico e reflexivo (Silva et al., 2022). Pudemos compreender o efeito da provocação a partir da discussão dos Diários de Bordo dos estudantes, assim como os desdobramentos para a confecção do roteiro da entrevista.

“Foi bom perceber a diferença entre escutar e ouvir. Escutar não envolve apenas ouvir sons, mas entender o que está sendo dito. Envolve emoção, sentimento e empatia. É dar importância ao que o outro fala. Foi uma experiência muito diferente, numa modernidade tão corrida e apressada com seus deveres e ações diárias, poder nos colocar numa atividade para escutar histórias de pessoas que gostariam de ser escutadas foi ótimo”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 2, M.E.). *“Dessa vez, fomos convidados a exercitar nossa escuta. Escutar ou ouvir? Sempre surge esse questionamento. Pesquisei e vi que escutar não é uma tarefa simples, uma vez que exige muita capacidade de concentração, de manter a atenção, escutar de maneira calma e tranquila, sem ficar dando conselho... me lembro de um poema do Rubem Alves, que ele fala sobre amar quem ‘escuta bonito’ e não quem ‘fala bonito’”.* (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 2, M.).

“Eu senti um certo receio e dificuldade em elaborar as questões, por estar muito acostumado com a parte mais objetiva da medicina. Foi uma prática bem diferente do habitual, porque nos permitiu estar atentos às pessoas, não a doenças ou comorbidades”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 1, G.).

Pudemos refletir, em conjunto, que o encontro com os pacientes requereria muito mais do que habilidades ligadas à captação de informações e a conceituação de caso advinda da execução de uma anamnese completa e sistemática; indagamos, inclusive, a respeito das habilidades que permitiriam construir uma boa entrevista de anamnese, fornecendo informações necessárias para uma boa atuação médica. O Ministério da Saúde definiu, por meio da Portaria 2.510, de 19 de dezembro de 2005, o termo “tecnologia em saúde” como sendo um conjunto de equipamentos e procedimentos ligados aos cuidados à saúde (Brasil, 2005). São denominados “tecnologias duras” os equipamentos, as rotinas e normas de saúde; “tecnologias leve-duras” compõem teorias, procedimentos e conhecimentos científicos a respeito de doenças, agentes etiológicos, ou disciplinas como a anatomia e a semiologia; estruturas relacionais, ligadas à comunicação, acolhimento, autonomia e vínculo são denominadas de “tecnologias leves” (Santos, 2021; Coelho e Jorge, 2009). As tecnologias leves possuem papel fundamental, pois impactam na jornada de cuidado à saúde produzida mutuamente por pacientes e profissionais de saúde de modo vivo, dinâmico e em parceria, no ato do encontro (Coelho e Jorge, 2009; Santos, 2021; Sodré e Rocon, 2023). A prática em saúde, seja uma consulta, uma entrevista ou a elaboração de políticas públicas é marcada por uma articulação de forças que envolvem exercícios de poder, a produção de saberes e discursos de verdade, aos quais podem construir práticas marcadas pela normatização da vida ou pela expressão e valorização da singularidade, operando através do ideal de normal e não-normal ou de multiplicidade, pelos encontros marcados pelo “ouvir” ou pela escuta, com processos de saúde descritos excessivamente com metodologia das ciências matemáticas e da natureza ou conhecendo as especificidades de cada sujeito, seja por meio de um modo padronizado e protocolado ou humanizado e individualizado (Sodré e Rocon, 2023).

A partir da lógica das tecnologias leves, reconhecemos que o sucesso de um bom encontro com o paciente demanda a construção de um plano comum, ainda que exista posições heterogêneas entre pacientes e acadêmicos. A construção de um plano comum não indica produção de igualdade ou homogeneidade na relação de cuidado (Kastrup e Passos, 2016); pelo contrário, é diante da afirmação da diferença entre pacientes e acadêmicos de medicina que se faz necessário construir uma experiência de pertencimento, de partilha, de coletividade, de aproximação, onde ambos participam como construtores da experiência de encontro, mutuamente inventando o modo de fazer entrevista, de fazer anamnese, de fazer a consulta, o plano de tratamento, dentre outros, colocando a funcionar as tecnologias leves, como a comunicação, o acolhimento e o vínculo. Discutimos que a experiência de entrevista envolveria não apenas a mecânica de aplicar um roteiro-tecnologia-leve-dura e coletar informações, e os estudantes compartilharam em seus diários a respeito da proposta:

“Quando o professor falou da atividade, eu não achei muito útil. No final, eu achei muito produtivo e relevante. Eu sinto que estou acostumado apenas com uma parte do processo, que é ficar sentado atrás de uma mesa, ouvindo as queixas e analisando os sintomas do paciente. Precisamos quebrar esse ciclo, porque com o passar do tempo, com o decorrer das consultas, os médicos deixam de se colocar no lugar do indivíduo que compareceu ao seu ambulatório e este passa a ser mais um paciente. É o momento em que se ocorrem a maioria dos erros médicos”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 2, A.).

“Quando o professor falou da entrevista, e torci o nariz e franzi a testa. Como abordar uma pessoa e iniciar uma conversa do nada? Estamos tão

“acostumados a receber o paciente com um ‘bom dia, eu sou acadêmica de medicina e conduzirei essa primeira parte da consulta, tudo bem? O que te traz aqui?’ E logo depois vem a anamnese engessada na nossa cabeça com QP, HDA, HPP. ‘De 10 a 0, qual a intensidade da dor? No seu bairro tem água tratada? Quantos maços de cigarro o senhor fumou?’. Quando eu percebi, eu já estava falando com o paciente do jeito que a gente faz anamnese em um ambulatório de especialidades”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 11, SEMANA 1, P.).

“Assumo que fiquei muito nervoso, pois estamos tão acostumados a seguir um checklist’ que nos foi ensinado desde o primeiro momento na faculdade”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 12, SEMANA 1, N.).

Observamos que os estudantes se sentiram bastante afetados com a proposta de encontrar os pacientes, uma vez que envolvia aspectos relacionais, de vínculo, de comunicação e de aproximação. Após breve discussão, realizamos alguns ajustes no roteiro da entrevista, dando ênfase a perguntas abertas, permitindo uma conversa mais informal, valorizando a possibilidade de se conectar com o paciente e o escutar. Os estudantes foram orientados a observar e analisar aspectos relacionados com a experiência da entrevista, não apenas a execução das perguntas, dando conta de acompanhar e mapear as forças que constituiriam a experiência de encontro com o paciente. Cartografar é justamente isso: acompanhar processos (Barros e Kastrup, 2015). No momento em que os estudantes compreenderam que pretendíamos tecer um registro que apresentasse a rede de forças que se produziria na experiência de entrevista, dando conta de mapear as tecnologias usadas, além de afetos, percepções, sensações ligadas ao acolhimento, escuta e vínculo, visando fugir da representação de objetos, seja objeto-paciente, objeto-saúde-doença ou objeto-entrevista, iniciamos a atividade.

3.2 A Ida a campo: a invenção do encontro

“Quando terminamos de elaborar o roteiro da entrevista, ela apareceu: ansiedade, ansiedade e mais ansiedade. Estava nervosa, desconfortável e apreensiva. Será que vou incomodar o paciente? Não quero ser invasiva. E se a pessoa me tratar mal? Se gente não conseguir conversar sobre nada? E se não conseguir me vincular com ele?” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 2, SEMANA 2, L.).

“Eu estava morrendo de ansiedade em realizar essa atividade. Me lembro da frase que o professor Djalma usou antes de sairmos do consultório: ‘se conectem com o paciente’. Fechei a porta meio perdida, sem saber muito bem o que perguntar pra alguém que nunca havia visto sequer uma vez e pensando em como vencer minha timidez ‘de berço’. Então me enchi de coragem e fui”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 9, SEMANA 1, L.).

Dos 62 estudantes que participaram da atividade, 49 compartilharam que, mesmo com o interesse em se aproximar e se vincular, se sentiram ansiosos, inseguros e/ou desconfortáveis diante do desafio de fazer da entrevista uma oportunidade de encontrar os pacientes, ouvi-los, acolhê-los, se vincular com eles e construir uma experiência de troca. Para nós, era fundamental construir novos sentidos sobre a experiência de encontro, que

permitisse romper com modelos estratificados que normalizam e normatizam a relação médico-paciente regulada pela padronização de procedimentos. Visávamos possibilitar a criação de novas formas de construir vínculos, favorecendo uma espécie de devir-entrevista, numa experimentação que não se apoiasse apenas na familiaridade, como a execução sistemática da entrevista médica. O devir é como fazer um movimento de saída, de linha de fuga, de ultrapassar modelos rígidos e atingir um contínuo de intensidades que só valem por si mesmas, por seus próprios referenciais, capaz de desfazer modelos e estruturas (Deleuze e Guattari, 2003). Para Gomes Júnior e Rocinholi (2021): "apenas o devir é capaz de romper com a estrutura enrijecida pelos modelos sociais e produzir um modo de vida múltiplo, fazendo um percurso rizomático"; o devir possibilita o rompimento da experiência de entrevista fundamentada no modelo, favorecendo a criação linhas de fuga que escapam da estrutura rígida e do mecanicismo, fomentando a construção de novos modos de conduzir o encontro, sem direção rígida ou regulada unicamente pelo roteiro (Romagnoli, 2009). Os estudantes relataram como se sentiram no desafio de se aproximar dos pacientes, manejando a ansiedade.

"Eu senti muita dificuldade de tornar a conversa mais leve... eu fui ficando sem saber como me comportar, sem saber o que falar e acabei deixando a conversa mais engessada, seguindo o roteiro, o que foi me dando certa angústia". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 2, M.).

"A paciente me relatou que estava sentindo dor. Eu comecei a perguntar: 'você sabe localizar onde sente essa dor? Sabe descrever como ela é, quando aparece?' Foi depois de um tempão que eu me lembrei que o propósito dessa atividade não era fazer uma anamnese". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 4, SEMANA 2, L.).

Estar diante do paciente com a proposta de encontro sem um roteiro rígido nos colocava frente à necessidade de inventar com o paciente a experiência de encontro. Para isso, era importante abandonar a ideia do roteiro como 'fórmula pronta' de executar o encontro e, a partir da aproximação, tecer a entrevista. Não falávamos sobre abandonar as perguntas, mas, a partir da experiência de vinculação com o paciente, manejar as perguntas no momento propício, de acordo com a abertura construída com o paciente, pondo a funcionar as tecnologias leves, que só são possíveis de ser inventadas no momento de encontro. Demandava estar com o paciente e observar a construção de segurança, de abertura e de confiança, para que as perguntas não soassem invasivas ou inadequadas. Era necessário construir a experiência de entrevista no momento da entrevista. A não familiaridade dos estudantes com a proposta produziu insegurança, medos e receios sobre o não controle do desenrolar da entrevista. Muitos deles relataram, ainda, sentir timidez ao realizar tarefas que exigiam uma exposição maior, sem um roteiro estabelecido, demandando deles uma certa exposição e uma abertura maior para se comunicar.

"Foi uma proposta interessante, pois eu tenho um pouco de timidez e achei que teria dificuldade". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 15, SEMANA 1, D.).

"Eu senti que essa atividade me 'forçou' a sair da minha zona de conforto, pois sou uma pessoa tímida. Ainda não estou habituada com essas situações fora do roteiro". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 13, SEMANA 1, I.).

"Senti dificuldade em abordar um paciente e fazer perguntas sobre sua vida. Acredito que seja mais fácil e espontâneo que esse tipo de abordagem seja

realizada em algum consultório, em que iniciamos questionando sobre os motivos da consulta e, no desenrolar da anamnese, acabamos explorando todo o contexto de vida pessoal, social e patológico do paciente. Para esse tipo de abordagem menos metódica, eu não tenho facilidade em estabelecer vínculo ou conversa... talvez pelo meu jeito mais fechado com desconhecidos ou, também, por estar mais acostumada com a abordagem rígida da anamnese médica". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 13, SEMANA 1, V.).

Os acadêmicos compartilharam, também, acerca do receio de como seriam recebidos pelos pacientes. Nossa proposta se diferenciava, porque nosso objetivo poderia não estar claro para os entrevistados. Diferente de uma entrevista médica, cujo objetivo é colocado de maneira clara, nossa prática visava produzir conhecimentos acerca das habilidades dos estudantes em se vincular com o paciente, o que gerou certa insegurança nos estudantes de não serem bem recepcionados. Tratava-se de uma atividade em que o acadêmico de medicina ofertava escuta a um paciente, ao mesmo tempo que também desenvolvia a habilidade de escutar, adquirindo a habilidade de escuta enquanto se ouvia, re-territorializando sua prática.

"O primeiro desafio dessa atividade foi escolher alguém. Eu estava com certo receio em relação à forma que seria recebido e se o felizardo aceitaria responder as perguntas que estavam no meu caderno. De modo geral, as pessoas que estão na área de espera de uma unidade de saúde estão muito impacientes e preocupadas, seja por conta da demora do atendimento, da forma que foram atendidas, o fato de terem perdido uma manhã e muitas outras causas". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 2, M.).

"Assumo que, no início, foi um pouco difícil ir conversar com pessoas que eu não conhecia. fiquei com receio de incomodar". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 6, SEMANA 1, L.).

"Confesso que fiquei extremamente nervosa e não queria realizar a atividade, com medo da pessoa negar ou ser grossa comigo". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 14, SEMANA 1, J.).

"No início, eu não gostei da ideia de entrevistar os usuários da unidade, afinal eles estão aqui para serem tratados/diagnosticados ou consultados e não para uma entrevista. Acho que isso poderia incomodar. Encontrei a paciente. Fui envergonhado, ela foi super acolhedora. A conversa foi fluindo, fomos nos abrindo e foi um alívio ouvi-la. Confesso que eu estava muito nervoso e também não concordava com essa entrevista, porém, ao longo da conversa, fui me abrindo e criando um vínculo com ela. Ao final, eu gostei da prática". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 2, SEMANA 2, J.).

"Abordei a paciente. Senti um alívio e depois acolhimento, porque ela era uma senhora acolhedora e tagarela. Olhando nos olhos dela enquanto conversávamos, senti que ela via em mim uma forma de ter acolhimento. Eu também me senti mais calma com sua tranquilidade e abertura". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 2, SEMANA 2, L.).

Os estudantes foram se dando conta de que, para estar com os pacientes, demandava uma experimentação do encontro no momento de encontro e tecer com o paciente as ferramentas de vinculação e as estratégias para executar a entrevista. Falamos, na Cartografia, a respeito de uma prática em que pesquisador e pesquisados, neste caso professor, estudantes

e pacientes, caminham juntos, numa ação-experimentação, construindo suas metas no percurso (Lima, Santos e Sampaio, 2022). Tornava-se fundamental levar em consideração cada uma das ações para experimentar o trajeto-entrevista, incluindo nossos medos, receios, inseguranças, experiências, confortos, tranquilidades, dentre outros, dando conta de afirmar que nossos passos para executar a entrevista dependia da articulação de forças presentes no encontro e das relações estabelecidas entre estudantes e pacientes (Romagnoli, 2009). Trata-se de reconhecer que ambos são afetados e afetam a experiência de entrevista e, com isso, a processualidade da entrevista demanda que as metas sejam traçadas no processo, no momento de encontro (Cintra et al., 2017; Lima, Santos e Sampaio, 2022); é no encontro que o estudante vai compreender se o tom da sua fala está adequado, a ordem que cada pergunta pode ser feita, o grau de proximidade que precisa construir com o paciente; é no encontro em que é possível inventar a entrevista, adaptando o roteiro. Os estudantes compartilharam sobre a criação da experiência de entrevista com os pacientes:

“Eu percebi que a minha paciente estava desconfiada e resistente e eu fui ficando nervosa. Acho que quando ela percebeu que era uma conversa, que não era uma coisa que ela poderia não saber como responder ou responder errado, ela foi se soltando. Falou sobre seus filhos, sobre se sentir muito ansiosa e sobre estar em processo de luto por conta de uma perda gestacional. Ela disse que não se sentia acolhida na UBS, mas que estava se sentindo confortável comigo e feliz de se abrir pra uma pessoa que era desconhecida, mas que demonstrava estar interessada no seu bem-estar. Me fez pensar sobre como a gente precisa se aproximar pra construir vínculo com os pacientes. Eu fiquei surpresa, porque achei que seria uma conversa superficial. Acho que a paciente também achou, mas ela se sentiu à vontade para desabafar. Criamos um vínculo de segurança em pouco tempo”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 6, SEMANA 1, C.).

“Encontrei 2 senhoras na parte externa da UBS, de mais ou menos 60 anos. Uma delas tremia da cabeça aos pés, estava encolhida e apertando as mãos com força. Eu saí do papel de estudante de medicina e entrei no papel de humana (risos), para entender um pouco da história daquelas duas irmãs. Em dado momento, notei que a paciente já não tremia mais. Pelo contrário, estava bem descontraída, soltou as mãos que antes estavam entrelaçadas, aparentando gostar do nosso bate papo. Fiquei tão feliz, porque são nesses pequenos acontecimentos que nos damos conta do poder do ouvir e ser ouvido, em meio a uma vida tão turbulenta e ocupada. A paciente contou que sua tia tinha tido um AVC e, ao se perceber mais calma comigo, entendeu que poderia ter ficado ansiosa e nervosa com a notícia e por não parar de pensar na tia. Me lembrei do professor falando do Kurt Lewin, das forças que constroem nossa experiência. Ao conversar com ela, percebemos que a preocupação com família estava sobrepondo os demais aspectos da sua rotina, afetando, inclusive, sua saúde, visto que a angústia e a ansiedade agiram sobre seu organismo. Percebi o quanto ser ouvido por alguém tem o poder de acalmar a alma. Não é preciso horas a fio de conversa. O pouco tempo que dediquei a saber mais sobre sua vida fez com que aqueles sintomas aparentes desaparecessem... seus tremores, sudorese fria, angústia, ansiedade e atritar de mãos simplesmente foram preenchidos por gestos expansivos e sorrisos

diante do bate papo despretensioso com uma desconhecida. E se todos pudesse ser acalmados durante alguns minutinhos de conversa todos os dias? O segredo pra uma boa conduta clínica é uma boa anamnese e dialogar com o outro". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 9, SEMANA 1, L.).

Estar diante do paciente e se abrir para a experiência de encontro permitiu que os estudantes analisassem as forças que compunham a experiência de entrevista, além dos obstáculos para a construção de vínculo. Apenas na aproximação foi possível dar conta de acompanhar o modo que o paciente e o próprio estudante se comportaram na entrevista, viabilizando o mapeamento das forças que produziram aquela forma-estudante e aquela forma-paciente, compreender as modificações de seus comportamentos ao longo do encontro e, principalmente, a processualidade que inventou o encontro, a partir do reconhecimento das forças que reinventavam paciente e estudante durante o encontro e que construíam novos modos de estar na entrevista, numa proposta de tecedura de elos que produziu efeitos para ambos (Barros e Kastrup, 2015). Foi apenas por conta da disponibilidade de chegar mais perto do paciente, ofertar escuta com cuidado, ouvindo e prestando atenção com legítimo interesse, é que foi possível devir-estudante-humanizado e construir uma experiência de devir-entrevista e devir-humanização; a experimentação de proximidade e interesse permitiu que os estudantes se distanciassem da pura e simples aplicação de perguntas aleatórias para uma pessoa aleatória à espera de um atendimento na UBSMO e transformassem a entrevista em encontro.

3.3 A Entrevista: a invenção da aproximação

Estar em uma proposta que visava valorizar a experiência de encontro com o paciente nos fez refletir sobre a necessidade de fazer uso de estratégias que permitissem o encontro acontecer de maneira potente. Nossa objetivo era experimentar, através da entrevista, possibilidades de ter contato com pacientes e, no encontro, construir a aproximação com atitudes reais que possibilassem a invenção do acolhimento, da escuta e do vínculo. Na experimentação das entrevistas, os estudantes narraram que inventaram estratégias para se aproximarem dos pacientes, tornando o encontro mais leve e menos enrijecido.

"A minha entrevistada se mostrou receptiva e acolhedora à minha aproximação. Me apresentei e pedi para que sentássemos nas cadeirinhas um pouco mais atrás, para que eu pudesse me sentar ao lado dela e tivéssemos um pouco mais de privacidade". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 2, SEMANA 2, L.).

A experiência de aproximação entre pacientes e acadêmicos foi atravessada por 2 princípios éticos e relacionais fundamentais para a prática médica: a necessidade de guardar privacidade e a confidencialidade (Salles e Castelo, 2023) Descritos pelo Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, o médico deve assegurar o sigilo sobre as informações a respeito do desempenho de suas atividades, da vida privada das pessoas e da confidencialidade que lhes dizem respeito (Conselho Federal de Medicina, Resolução CFM nº 2.270). A escolha do espaço físico para a entrevista foi um desafio para os estudantes. Era indispensável construir uma experiência que desse conta de assegurar o sigilo, a privacidade e a intimidade do paciente, possibilitando a experiência de segurança acontecer, sem que o paciente se sentisse invadido, desprotegido ou escutado por outras pessoas. Entretanto, não tínhamos um espaço físico apropriado, como um consultório ou uma sala reservada, que

facilitasse a privacidade. Demandou que os acadêmicos inventassem um espaço de entrevista nos lugares que os pacientes estavam: na recepção, nas salas de espera, na entrada da UBS, na fila da farmácia, na área externa e no estacionamento, inventando a experiência de segurança e sigilo em lugares públicos e cheios de pessoas. Alguns estudantes compartilharam que escolheram pacientes que estavam sentados sozinhos ou os que estavam mais afastados; em outras situações, requereu que os próprios estudantes tencessem a invenção do território privado: alguns caminharam com o paciente pela UBS, se dirigiram com ele a um espaço coletivo com menos pessoas, trocaram de lugar onde estavam sentados para um espaço mais reservado, conversaram com o rosto mais perto fisicamente ou diminuíram o volume da fala.

"A UBS estava muito cheia. Cada pessoa que eu pensava em escolher, eu percebia que tinha alguém do lado, muito próximo. Cheguei perto de uma senhora, apresentei a proposta pra ela. Começamos a conversar ali mesmo na recepção. Quando tinha algum assunto mais delicado, ela me puxava pra mais perto e falávamos quase sussurrando... foi o jeito que deu pra ter um pouco de privacidade, porque tava tudo lotado". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 4, SEMANA 2, F.).

O desafio experimentado na construção de um espaço para que a entrevista acontecesse ajudou os estudantes na reflexão a respeito das forças que atravessavam e constituíam a experiência de encontro. Já entendíamos, a esta altura, que a entrevista não demandava apenas ter um bom roteiro. Estávamos interessados no encontro, que só seria possível acontecer se o paciente se sentisse confortável e, para isso, demandava um espaço seguro para a entrevista. Alguns estudantes se indagaram a respeito de outros componentes que compunham esse espaço de segurança para o encontro, favorecendo que a experiência de encontro acontecesse de modo mais próximo, pessoal e acolhedor.

"Percebi que precisamos dar o nosso melhor, sorrir melhor, amparar melhor, dar um bom dia melhor, apertar a mão, ouvir, sermos mais do que aquela anamnese engessada. Eu utilizei as estratégias que o professor ensinou, de falar de igual pra igual com o paciente, não sendo apenas a menina da anamnese, de jaleco branco com papel e caneta na mão. Eu sentei no chão, ao lado da paciente, usei um tom de voz empático e afetivo... foram as estratégias que eu usei pra tentar criar um vínculo com ela. E acredito que deu certo. A atividade difícil foi se descomplicando". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 11, SEMANA 1, K.).

"Me fez pensar que sempre devemos estar atentos com relação a como o paciente se sente em relação a nós. Sermos abertos, receptivos e manter o contato visual com o outro é necessário para criar um vínculo". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 5, SEMANA 2, L.).

"Tentei não me apegar ao roteiro e nem pegar muito no celular. Guardei o máximo de informações possíveis na minha cabeça". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 4, SEMANA 2, E.).

Um dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa trata de fortalecer a relação médico-pessoa, a partir de fenômenos relacionados com a empatia, parceria, e compaixão, além da abertura e do envolvimento (Barbosa e Ribeiro, 2016; Freitas et al., 2022). Torna-se fundamental que os aspectos ligados ao vínculo com o paciente sejam traduzidos em práticas identificáveis, para que os acadêmicos compreendam que a

aproximação com o paciente não é construída ao acaso ou de modo místico, o que pode gerar empecilhos na aquisição de comportamentos e habilidades ligadas à humanização e tender o encontro a uma experiência impessoal e tecnicista (Grosseman e Patrício, 2004; Barbosa e Ribeiro, 2016; Freitas et al., 2022). Na promoção da humanização do atendimento em saúde, é fundamental que se promova a relação entre humanos, ou seja, comportamentos que valorizem a aproximação com o paciente, como encorajadores verbais e não verbais, fazer uso de paráfrase, ser amigável e educado, usar o nome do entrevistado, ser empático, passar credibilidade, compartilhar informações a respeito dos objetivos da entrevista e se familiarizar com os entrevistados (Lino et al, 2023). No momento de encontro com os pacientes, os estudantes perceberam alguns elementos comportamentais que facilitaram a aproximação, tais como o uso de indicadores verbais, assegurando que o acadêmico estava ouvindo o que o paciente compartilhava e se certificando de que as informações estavam corretas (exemplos: “*eu entendo o que quer dizer*” e “*se sente confortável para me contar um pouco mais a respeito disso?*”), indicadores comportamentais (olhar nos olhos dos pacientes, assentir com a cabeça enquanto ouviam suas respostas, postura indicando interesse ao que está sendo compartilhado, não ficar apenas olhando para o celular ou papel enquanto realizava a entrevista), ser cordial (agradecendo pela participação, perguntar se a pessoa estava confortável com o encontro, se desejava ir para um lugar mais reservado para continuar a entrevista) e usar o nome do entrevistado durante o encontro.

“Foi um papo quase que intuitivo, contra toda a sistematização que exercemos diariamente nos ambulatórios de especialidades médicas”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 14, SEMANA 1, S.).

“De cara, não recebi com bons olhos essa atividade, não achei que seria de muito proveito demagógico, entretanto realizei com a mente aberta. Eu procurei um paciente, falamos bem pouco e rapidamente, porque ele foi buscar um encaminhamento para o centro de especialidades médicas. Foi uma conversa meio intuitiva, não seguimos um roteiro. 5 dias depois, eu estava no ambulatório de especialidades médicas, na prática de dermatologia e eis que recebo o mesmo paciente que encontrei na aula de Humanidades Médicas. Fiquei muito animado e apreensivo, imaginando se ele se lembraria de mim e se eu conseguiria atender a demanda dele. Era um possível diagnóstico de câncer de pele. No encontro com ele na UBS, eu achei que o encontro não tinha sido proveitoso e interessante, mas parece que o tocou. Ele se lembrou de mim, ficou super à vontade no atendimento, conversamos bastante na consulta, ele bem relaxado. Parece que eu estava enganado e o encontro teve muito mais efeitos do que eu tinha imaginado”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 7, SEMANA 1, V.).

A construção do encontro demandou uma observação acerca das forças que atravessam e conectam ou desconectam pacientes e acadêmicos na entrevista. Não bastava apenas a reprodução de comportamentos específicos, como um checklist de comportamentos humanizados, mas de compor em conjunto a experiência de aproximação e o modo de estar no encontro (Alvarez e Passos, 2015); aqui, não se tratava de uma relação hierárquica, onde acadêmico dominaria o paciente através de “técnicas humanizadas”, mas compreender que o estudante estava habitando um território desconhecido, com um paciente desconhecido e que este encontro reivindicava que se criasse novos modos de se vincular, demandando que se inventasse um novo ambiente, um novo território, um novo vínculo, uma nova relação, um

novo jeito de perguntar, de observar, de se aproximar, de escutar e de ser médico no momento de encontro. Para isso, é necessário que se construísse um *rapport*. O *rapport* é um conceito traduzido da língua francesa e denomina “criar uma relação”; é compreendido como um modo de estar com o paciente, de construir aproximações e vínculos a partir de atributos relacionais, com uma postura acolhedora; é entendido que para haver acolhimento e vínculo, é fundamental que profissionais e pacientes criem novas práticas que superem os atendimentos mediados exclusivamente pelas posições hierárquicas regidas pela superioridade-inferioridade ou pela autoridade-obediência (Alexandre et al, 2019). O *rapport* é facilmente identificado quando existe a experimentação da sensação de bem-estar e de confiança, permitindo o paciente compartilhar sobre quaisquer assuntos, mesmo os mais íntimos, pois é acompanhado da sensação de segurança, de ser escutado e acolhido; o *rapport* envolve atenção mútua, comunicação aberta e clara, além de um ambiente acolhedor e sem julgamentos (Lino et al, 2023). De modo semelhante, a Cartografia nos permite construir um território existencial relacional que rompe com o vínculo regulado pela dominação, pela neutralidade e hierarquia, pondo a colocar pesquisador e objeto de pesquisa (no nosso caso, acadêmicos e pacientes) engajados em investigar com o paciente, entrevistar com, numa composição coletiva que demanda uma aproximação e disponibilidade para a experiência de plano comum (Álvarez e Passos, 2015; Kastrup e Passos, 2016).

“Eu vi que a paciente era cheia de tatuagens e, pra descontrair, conversamos sobre tatuagens. Falamos de várias coisas e criamos um laço. Acho que com isso, ela foi abrindo detalhes mais íntimos sobre sua família. Ela tem um pai usuário de crack, uma irmã grávida com 14 anos. Conversamos sobre sonhos, sobre ter coragem pra viver nossos desejos pra vida. Eu percebi que desse encontro, nós dois saímos com aprendizados, refletindo”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 1, E.).

“Apesar deu ter sido bem recepcionado pela paciente, ela estava um pouco tímida em suas respostas, o que me fez ficar muito nervoso, por ela estar bem monossilábica. Resolvi perguntar o que ela gostava de fazer e ela respondeu: forró. Falamos um pouco sobre forró, porque eu adoro também. Acho que serviu para aumentar nosso vínculo e poder confiar em mim. Fiquei com muito medo dela se sentir invadida. No final, ela se abriu sobre sua vida, sobre suas dores. Foi muito bonito”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 12, SEMANA 1, E.).

“A paciente conversou comigo, falou sobre ela, sobre mãe, chegou a se emocionar, ao contar sobre a aposentadoria por invalidez da mãe. Ela até chorou um pouquinho”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 2, M.).

Como dito anteriormente, a construção da experiência de entrevista demandava estar no encontro de modo aberto; estar no encontro de modo aberto permitiu que os estudantes experimentassem um modo aproximado com o paciente, evitando um interrogatório no início do encontro, permitindo acomodação, identificação, confiança, aproximação e vínculo. A aproximação foi experimentada em momentos onde o estudante “quebrou o gelo” no início da entrevista, quando compartilharam sobre algum assunto em comum (como tatuagem, esportes, carreira médica, paciente e estudante usando o mesmo modelo de sapato, capinha de celular parecida, paciente usando camisa de Nossa Senhora Aparecida e outros gostos e preferências em comum). A semelhança não visou produzir um plano de igualdade com o paciente ou de construir uma relação homogênea (Kastrup e Passos, 2015), mas, diante das

diferenças entre entrevistado e entrevistador, permitir uma experiência de aproximação que humanizasse o encontro, que poderia ser vivido como um tempo para falar sobre tatuagem, sobre o clima, esportes, pensamentos, afetos, memórias, experiências, sobre o jogo de futebol do dia anterior, sobre violências vividas na família, forró, luto, adoecimento, dentre outros assuntos. A semelhança produziu um efeito de aproximação, pois humanizou o estudante no momento de entrevista e permitiu que a experiência de segurança e acolhimento fosse experimentadas, mesmo nas áreas comuns da UBSMO, lotada de pessoas.

JORNADA IV

CARTOGRAFANDO VISITAS DOMICILIARES: CONTRIBUIÇÕES ESQUIZOANALÍTICAS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

1 INTRODUÇÃO

Nossa jornada inicia com o desafio de construir um dispositivo que possibilitasse que estudantes de medicina se conectassem com pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde do Bairro de Maria Ortiz (UBSMO). Diante da ausência de grupos terapêuticos na UBS e da nossa dificuldade em contactar pacientes para realizarmos as práticas do Ambulatório de Humanidades Médicas 5, nos reunimos com a equipe de Assistência Social e Psicologia da UBSMO para pedir ajuda na mediação com os pacientes. A Assistente Social reiterou que a unidade não trabalhava com o sistema de lista de espera, o que dificultava que tivéssemos acesso a pacientes que já tivessem manifestado algum interesse em participar de atividades de acolhimento. Entretanto, a Assistente Social também compartilhou que a UBS já teve um psiquiatra que costumava registrar os nomes dos pacientes que eram acompanhados, mas a lista estava desatualizada desde sua saída, no início de 2020. A maior parte dos pacientes, inclusive, havia perdido o vínculo com a UBSMO, por conta da não-retomada das atividades desde a pandemia de COVID-19.

Elaboramos uma atividade para contatar os pacientes desta lista e ofertar acolhimento em suas residências, inspirados na proposta de Visita Domiciliar. A Visita Domiciliar (VD) é um importante dispositivo de intervenção para o campo da Enfermagem, da Saúde Coletiva e para o Programa Estratégia de Saúde da Família, pois permite compreender o cenário social do paciente, de sua família e sua relação com a comunidade (Santos e Kirschbaum, 2008; Rocha et al., 2017). A VD assumiu diferentes características, variando de acordo com os cenários políticos, sociais e ideológicos que aconteciam no Brasil, ganhando destaque a partir da década de 1920, quando foi incorporada aos serviços sanitários, com foco na prevenção e na eliminação de epidemias infecciosas e contagiosas; com a criação do Sistema Único de Saúde, a VD passa a ser um instrumento de assistência integral, visando compreender o indivíduo e o contexto que este está inserido, subsidiando intervenções e planejando ações de cuidado coletivo através do diálogo com pacientes, e famílias, principalmente com foco em doenças crônicas e degenerativas (Santos e Kirschbaum, 2008; Paixão e Guedes, 2016). A VD é uma importante técnica para o atendimento e acompanhamento de pacientes, possibilitando criar vínculos afetivos e aproximar os profissionais de saúde do contexto que o paciente está inserido, dando conta de inventar novas possibilidades a respeito da manutenção do cuidado à saúde (Rocha et al., 2017).

Nosso objetivo tratou de compreender os caminhos construídos no encontro com os pacientes a partir do acolhimento oferecido na VD, numa proposta de construir uma experiência de transversalidade entre pacientes e estudantes de medicina, dando conta de mapear as diversas possibilidades de práticas de saúde na utilização da VD, como aposta de

acolhimento, produção de vínculo, de escuta, de intervenção, de invenção de plano de cuidado e de reconexão com a unidade de saúde (Paixão e Guedes, 2016). No contexto da prática de humanidades na UBSMO, nos interessava compreender de que maneira a prática de Visita Domiciliar contribuiria também para a produção de uma prática médica humanizada.

Lançamos mão do Método da Cartografia para acompanhar a experiência de estudantes de medicina no encontro com pacientes e mapear as forças que atravessaram e constituíam a experiência do encontro entre pacientes e estudantes de medicina, a fim de compreender as intervenções possibilitadas para os pacientes e a aprendizagem para a formação médica a partir da perspectiva da Esquizoanálise, teoria desenvolvida pelo filósofo Guilles Deleuze e pelo psicanalista Félix Guattari.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Participaram da prática 43 acadêmicos de medicina do Centro Universitário Multivix, que cursaram a disciplina de Humanidades Médicas 5, nos grupos de número 1 a 10, nos módulos A e B do semestre de 2022.2. Para a realização das Visitas Domiciliares, a equipe de Assistência Social da Unidade Básica de Saúde do Bairro de Maria Ortiz (UBSMO) disponibilizou uma lista com 16 pacientes que já realizaram acompanhamento psiquiátrico na unidade, mas que não frequentavam a UBS assiduamente desde o início de 2020, por conta da pandemia de COVID-19. Encontramos certa dificuldade na elaboração da atividade, uma vez que a UBSMO não possui o Programa de Saúde da Família, então não teríamos auxílio de uma equipe de Agentes de Saúde para acessar os pacientes.

Inicialmente, os participantes-acadêmicos elaboraram uma tabela para reunir informações dos 16 pacientes que não frequentavam mais a UBSMO, tais como: nome completo, endereço, telefone e o histórico de atendimento recente. Os dados foram coletados na plataforma Rede Bem-Estar, sistema utilizado pela Secretaria de Saúde do município de Vitória. Como a lista de pacientes havia sido elaborada em 2019, os profissionais da UBSMO não sabiam informações atualizadas sobre os pacientes, se estes residiam no mesmo endereço, se continuavam com o mesmo telefone ou, inclusive, se estavam vivos ou não. Em seguida, os estudantes realizaram contato telefônico e fizeram a oferta de Visita Domiciliar. 6 pacientes aceitaram e receberam visitas domiciliares da equipe. Todos possuíam idade superior a 18 anos. Não conseguimos contato telefônico com os demais pacientes da lista.

Foram realizadas 13 visitas domiciliares (1 paciente recebeu 1 visita, 3 pacientes receberam 2 visitas e 2 pacientes receberam 3 visitas). Todas as visitas foram realizadas com agendamento prévio e com consentimento do paciente. Cada visita contou com a participação do pesquisador-professor, de um grupo de até 5 acadêmicos de Medicina, do próprio paciente e, quando havia consentimento do paciente, de familiares que estivessem interessados no encontro.

Antes do início das entrevistas, cada grupo de estudantes se reuniu com o pesquisador-professor para discutir 5 questões básicas relacionadas à atividade: (1) não tínhamos um tempo determinado para a duração da visita, mas precisaríamos voltar para a UBSMO 1h antes de acabar o horário da aula; (2) privilegiaríamos um encontro livre, com foco na escuta, acolhimento e vínculo com os pacientes; (3) o estudante poderia participar ativamente do encontro, fazendo perguntas, compartilhando apontamentos, não ficando restrito a apenas observar a visita; (4) os acadêmicos deveriam compreender não apenas os conteúdos

compartilhados pelos pacientes, mas mapear processos de produção de subjetividade que articularam as experiências compartilhadas durante a visita; (5) elaboraríamos um Diário de Bordo apresentando os afetos, memórias, percepções, sensações, hipóteses, dentre outros, relacionados com a experiência; (6) ao final da prática, nos reuniríamos em grupo e compartilhariámos as experiências coletivamente, visando mapear as forças e os processos de produção de subjetividade que foram acompanhados ao longo da visita.

Para a composição desta cartografia, foram selecionados 2 casos de 2 pacientes visitados. A composição dos resultados e discussão desta cartografia foram produzidos a partir dos materiais registrados nos Diários de Bordo individuais do pesquisador-professor e dos estudantes. Fundamental destacar que os diários do pesquisador-professor foram elaborados a partir do registro da sua própria experiência e incluiu as experiências registradas nos diários dos estudantes e que foram compartilhadas pelos mesmos no momento de supervisão após as visitas e em aulas posteriores.

Pretendemos, com o texto, elucidar como se deu a experiência de encontro com os pacientes, no momento do encontro. Para isto, faremos uso da primeira pessoa do singular/do plural, com os verbos conjugados no presente do indicativo. As narrativas literais, que representam as falas compartilhadas no encontro ou na supervisão após a visita, foram colocadas em itálico. As reflexões que tivemos após o momento de encontro com a paciente, foram mantidas na primeira pessoa do singular/do plural, mas os verbos foram colocados no passado. Todos os diários foram amplamente discutidos no momento de supervisão com os acadêmicos.

3 CARTOGRAFIAS DAS VISITAS DOMICILIARES

3.1 Caso Irene: “estou aguardando o Príncipe Charles, meu marido”

3.1.1 Parte 1: a visita.

Chegamos pontualmente no horário agendado: 10h. Apesar de cedo, o sol estava muito quente. Somos recebidos pela paciente (que chamaremos de Irene), sua sobrinha e seus 2 cachorros: Coringa e Cojac. Enquanto Irene foi até a cozinha buscar um café, sua sobrinha conta que sua tia acordou com sintomas de esquizofrenia por volta dos 18 anos de idade. Hoje possui 77 anos. Irene nunca se casou. Enquanto jovem, cuidou dos irmãos, depois dos sobrinhos, dos filhos dos sobrinhos e hoje cuida dos cachorros. Tem autonomia para ir à rua sozinha, inclusive vai ao banco para receber seu benefício. Atualmente reside com a família da sobrinha (marido e filha).

Irene retorna da cozinha trazendo uma pequena xícara de porcelana com um pires. A sobrinha, dizendo que vai nos deixar à vontade com sua tia, se retira da sala. Muito sorridente, Irene diz: “*eu preferi marcar mais tarde, porque precisava alimentar os cachorros e limpar a casinha deles. Eles são muito inteligentes, sabe? Eles comem bem, bebem bastante água, mas não conseguem andar, porque estão super obesos. Meu menino cuidava deles, mas ele morreu de ataque cardíaco... tinha uns 45 anos, cabelo castanho escuro. Hoje eu cuido deles, amo fazer isso, me acalma, me relaxa, mas tenho*

dificuldades, porque estou com um problema na mão. Cheguei a fazer uma ressonância, mas me encaminharam pro psiquiatra”. Conta ainda que se sente muito preocupada com a saúde dos cachorros; diz que gostaria de levá-los ao veterinário, mas não está autorizada a sair de casa. Percebemos que Irene tem dificuldades na fala, principalmente para articular as palavras, mas mesmo com este obstáculo, se mostrou à vontade conosco durante todo o encontro. Não respondia pontualmente e gostava de detalhar sua história.

Irene compartilha que tem mais uma filha. Aponta para a sobrinha e diz: “*ela e o menino que morreu são meus filhos com o Charles... é que hoje eu acordei princesa encantada. Eu carrego todas elas comigo. Sou as princesas Narda, Diana e Tiane, sou Consuelo e Roberto Carlos. Mas eu gosto mais de ser Irene*”. A revelação das diversas personalidades de Irene produziu um certo silêncio. Eu pude ouvir apenas o som das canetas usadas pelos estudantes, enquanto estes teciam registros a respeito da nossa visita. Um dos estudantes chegou a registrar em seu diário e compartilhou em nossa supervisão: “*senti inúmeros sentimentos durante nossa abordagem, que transitavam entre a estranheza e o fascínio*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 01, SEMANA 5, M.). Depois de um certo gole de silêncio, um dos acadêmicos, enquanto se ajeitava na cadeira, indagou: “*estamos falando com quem?*” Irene cruzou as pernas, colocou as mãos sob os joelhos, esticou a coluna no espaldar da cadeira e, com o queixo levantado, respondeu: “*com Diana. Eu me casei na Inglaterra e depois vim para o Brasil. Lá eu não tinha sossego com meu marido, por isso vim fugida pro Brasil. Mas mesmo estando longe, eu ainda engravidou dele. Farei 9 meses de gestação em setembro*”. Percebo que os estudantes olhavam a paciente com uma mistura de surpresa e curiosidade. Uma estudante para de anotar, olha para Irene-Diana e indaga de modo empolgado: “*E você já sabe se o neném é menino ou menina? Já escolheu o nome?*”. Com um sorriso no rosto, responde que é um menino: “*eu não sei o nome... só o Charles pode colocar nome nos nossos filhos*”. “*E se você pudesse escolher um nome pro seu filho, que nome daria?*” Irene-Diana olha em direção a janela, como se buscassem uma resposta que fizesse sentido para minha pergunta, permanecendo assim por alguns segundos. Ainda olhando para a janela - ou para além dela -, diz que não poderia escolher um nome e que precisaria esperar o príncipe retornar.

Um estudante, que já não anotava mais nada no caderninho, diz: “*Me parece uma vida muito solitária...*”. “E é”, comenta Irene-Diana, completando: “*eu nunca fui menina alegre. Sempre melancólica. E eu só vou conseguir ser alegre se ele voltar...*” Como quem interrompe mais um gole de silêncio, indago: “*e o que a senhora pode fazer pra melhorar a vida, enquanto espera o príncipe chegar?*” A pergunta tira Irene-Diana do olhar vagueado à janela e, fitando meus olhos, ela diz: “*quando eu sou Irene, eu cuido dos animais e dos filhos da minha sobrinha. Não sei cozinar, porque deixo as coisas queimarem no fogão. Quando eu sou Branca de Neve, eu ando pelo bosque*”. Uma das estudantes pergunta pelos anões. Irene solta uma gargalhada alta e espontânea, jogando o pescoço para trás e repousando o corpo no espaldar da cadeira; todos rimos juntos, enquanto ela diz não saber onde estão. Completa dizendo:

“quando sou a Bela, o Charles é a Fera e eu fico esperando ele me beijar, para me desencantar. Eu fico esperando ele vir, mas ele não vem... e não me deixa ter amizades... no fim, só me resta a espera”. A esta altura, ninguém mais anotava nada no caderninho. Estávamos todos vidrados na história (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 5, PESQUISADOR).

A Esquizofrenia é um termo introduzido por Paul Eugen Bleuer no século XX, que a descreveu inicialmente como uma espécie de demência precoce, em que havia uma não-harmonia entre os aspectos internos da pessoa, tendo como um dos principais sintomas a ruptura da unidade do eu (Pereira, 2000). Hoje, é considerada um transtorno psiquiátrico, sem etiologia explicada de modo integral, que acomete por volta de 23 milhões de pessoas no mundo, com distribuição universal, atingindo homens e mulheres, com sintomas aparecendo por volta dos 25-35 anos para mulheres e 10-25 anos para os homens (OMS, 2022; Costa et al., 2023). Tem como principais características sintomáticas a presença de alterações do pensamento (delírios, que podem acompanhar rigidez, roubo, divulgação, eco e/ou imposição do pensamento), diminuição do afeto, empobrecimento emocional, alucinações, diminuição da vontade e alteração psicomotora (Costa et al., 2023). É classificada, pela CID-11, em paranoide, hebefrênica, catatônica, indiferenciada, residual e simples (CID-10, 2022). No caso de Irene, o delírio era um dos sinais mais evidentes e imediatos que observamos logo no início da visita e que indicavam o diagnóstico nosológico de Esquizofrenia, classificação que já havíamos lido em seu prontuário. No momento de supervisão, quando já estávamos na UBSMO, os acadêmicos compartilharam que foi a primeira vez que estiveram diante de uma pessoa com diagnóstico de Esquizofrenia; contaram que já haviam estudado bastante sobre delírios e alterações psicopatológicas nos transtornos mentais, em especial relacionados com as psicoses, mas nunca haviam presenciado tais alterações no discurso de uma pessoa real. Para eles, havia uma curiosidade por conta da novidade em observar a manifestação da alteração de pensamento a partir de um delírio tão rebuscado, compartilhado com riqueza de detalhes, com gestual preciso, acompanhado de postura e mudança no tom e na cadência da fala. Entretanto, os acadêmicos compartilharam que perceberam algo “nas entrelinhas do delírio de Irene” que os deixou intrigados. Havia o delírio, mas o conteúdo do delírio os capturou.

“Confesso que apesar de ter tido um pequeno conhecimento sobre o caso, acreditei no relato dela até o momento que ela introduziu o príncipe em sua história. Suas confabulações transitavam na tríade Irene-princesa-Consuelo, como 3 pessoas consubstanciais. Seus relatos incluíam a príncipes e a família real, delírios persecutórios, traições, intrigas e chantagens - uma configuração à la novela mexicana. Isso me fez pensar se, além de mesclar embasamentos reais, esse pano de fundo teria origem no consumo de novelas e filmes. Percebi que ela tinha um sentimento de solidão. Nunca foi casada e não tem filhos. Suas personalidades tentavam suprir essas ausências (o sentimento de que um príncipe voltaria para buscá-la e de que tinha filhos), além do cuidado com os animais”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 01, SEMANA 5, M.).

A discussão para tentar compreender o conteúdo do delírio compartilhado por Irene trouxe aos estudantes uma série de indagações e inquietações: Irene delirava porque era Esquizofrênica? Era Esquizofrênica por delirar? A solidão experimentada era produto do transtorno mental ou se construía no embaraçamento da sua realidade, que incluía o transtorno? Não nos interessava compreender quem vinha primeiro, se era a galinha ou o ovo,

como postulado por Deleuze e Guattari em “O Anti-Édipo” (Deleuze e Guattari, 2012, p. 461); nos debruçávamos para tentar reconhecer pistas que construíam a subjetividade expressada por Irene em nosso breve encontro. Para nos trazer um pouco de luz para as indagações compartilhadas na supervisão em grupo, lançamos mão da Esquizoanálise, pois foram os próprios autores que, também no Anti-Édipo, afirmaram que “*todo delírio é social, histórico, político, ...*” (Deleuze e Guattari, p. 362).

Na perspectiva da Esquizoanálise, a subjetividade expressada por Irene-Diana não poderia ser compreendida como um processo puramente psicológico, ou a partir do transtorno, como algo que se desenvolveu no seu interior, como parte de seu processo individual, com contornos delimitados, aos quais remeteria a uma dicotomia interior/exterior; pelo contrário, compreendemos que a subjetividade só se dá a partir de um cruzamento de múltiplos componentes, numa relação dinâmica, fora da lógica das essências, do intrapsiquismo; aqui, ela é concebida no campo da Genealogia, recusando leis fixas e essências generalistas (Parpinelli e Souza, 2005; Gomes Júnior, 2021). A compreensão da dinâmica de vida de Irene (incluindo seus afetos, suas vivências, seus desejos, sonhos, traumas, feridas, os sinais e sintomas da Esquizofrenia, as decepções e seus sentidos) não poderia se dar a partir de um “mergulho na profundidade subjetiva de Irene”, uma vez que não se trata de relações de profundidade/exterioridade, de processos interno-externo, mas de um fenômeno social; ou seja, não há o que se desvendar ou descobrir a respeito de Irene; o que há de possibilidade é acompanharmos as forças que atuam na esfera material, fisiológica, social, biológica, afetiva, dentre outras, que afetam e produzem aquilo que chamamos de “subjetividade-Irene-Diana” (Deleuze e Guattari, 2011c; Gomes Júnior, 2021). Pensar no fenômeno social de produção de subjetividade nos permitia elaborar aspectos do delírio não apenas como uma alteração da cognição-pensamento, mas nos localizava na discussão que, mesmo diante do delírio como sintoma de um processo cognitivo alterado, existia a produção de uma Irene-Diana que nos intrigou, cuja definição de pensamento alterado dava conta de apenas uma parte da complexidade que ouvimos.

Importante destacar que adentramos no território-visita-domiciliar sem saber o que ouviríamos. Estávamos sem roteiro, interessados em conhecer a paciente, compreender o que aconteceu e que a desconectou das atividades da UBS, inclusive produzir novas conexões e novos laços de cuidado. Nossa atitude nos demandou construir nossos objetivos durante o percurso da visita, no momento de encontro com Irene, nos alinhando com a proposta da Cartografia de traçar nossos objetivos e metas a respeito do encontro no exato momento de encontro, considerando os efeitos da visita para todos que estão envolvidos, neste caso, pesquisador-professor, Irene e os estudantes de medicina, todos mutuamente afetando e afetados pela experiência (Passos e Barros, 2015; Cintra et al., 2017, Lima, Santos e Sampaio, 2022). Operar na inversão do método tradicional de pesquisa, que define as metas antes do percurso, nos demandava adentrar na experiência de encontro com Irene tal qual um estrangeiro. O estrangeiro é aquele que vê e escuta o que os residentes do território muitas vezes não percebem, pois já naturalizaram; ele é capaz de ver paisagens, discursos e experiências como se fosse a primeira vez, de escutar com originalidade, de livrar a experiência de encontro da representação cognitiva pré-concebida e mergulhar naquilo que é compartilhado e vivido enquanto estávamos sentindo estranheza, admiração e curiosidade (Diniz, 2008). Ouvir e experimentar a visita, desfazendo pressupostos, nos permitiu mergulhar no encontro e apreender os sentidos que estavam sendo construídos durante a

própria experiência de visita, mapeando as forças que atravessavam e constituíam as experiências narradas por Irene.

Como não tínhamos metas pré-definidas, não sabíamos inicialmente no que prestar atenção e se teria alguma temática importante que poderíamos desenvolver durante nossa conversa. A Esquizoanálise e a Cartografia nos possibilitaram entender que não tínhamos um alvo a perseguir. Não queríamos observar nenhuma temática especificamente, então demandou que lançássemos mão de uma “atenção cartográfica”, um processo atencional inicialmente adormecido, que não está em busca de algo definido, mas que está aberto ao encontro, à espera de algo surgir, numa espécie de atenção que rastreia, tateia, explora de modo inespecífico aquilo que é compartilhado, construindo e tecendo sentido no momento que se vê e se escuta (Kastrup, 2015). Estando abertos e rastreando assistematicamente, os estudantes registraram 3 falas de Irene e que os deixaram curiosos: a primeira, compartilhada logo no início do encontro, quando Irene disse que não tinha permissão para sair de casa. A frase produziu um certo efeito de destaque na experiência de ouvir, como se nossa atenção, inicialmente sem foco específico, fosse tocada por algo. O relevo, para a Cartografia, trata de algo que está acontecendo na experiência de encontro e que exige nossa atenção concentrada, sem saber exatamente do que se trata, mas que convoca nossos sentidos para ouvir e ver o que está acontecendo, mudando nossa atitude aberta e à espreita do intempestivo para uma atenção concentrada, reorganizando nosso processo atencional (Kastrup, 2015; Gomes Júnior e Rocinholi, 2023). Os estudantes começaram a se perguntar: quem não permitia que Irene saísse de casa? A sobrinha contou, no início da visita, que sua tia sempre teve muita autonomia para sair. De que se tratava essa não-autorização? Sem respostas, os estudantes retornaram para o rastreio, mantendo novamente a atenção suspensa, de modo aberto e sem foco específico.

Quando Irene começou a narrar sua vivência enquanto Irene-Princesa-Diana, mergulhamos em outro toque atencional: estávamos no acompanhamento de um processo delirante, uma vez que Irene não é a Princesa Diana. Entretanto, os estudantes compartilharam que a segunda frase que mudou novamente a janela atencional foi dita a respeito da gravidez: somente Charles poderia escolher o nome do neném que Irene-Diana gestava. Compreendíamos que estávamos detectando e apreendendo um discurso e experiências inicialmente desconexas e fragmentadas, mas que começavam a se juntar em cenas e discursos que, além de produzir um novo foco para a nossa consciência, construía um certo significado para a cena, demonstrado que precisávamos nos debruçar e ver o que estava acontecendo e acompanhar a processualidade que estava emergindo e que atraía nossa atenção (Kastrup, 2015), o que foi confirmado com terceira frase dita quase no final da visita: Irene-Princesa-Diana só poderia ser feliz quando Charles retornasse.

Sabíamos que Irene não era a Princesa Diana; em alguns momentos, a própria Irene também reconhecia que não era; e mais: nossa visita também não tratava de indagar ou convencer a paciente de que ela não era a Princesa Diana, mas, diante do “delírio-monárquico”, nossa atenção pousou numa espécie de produção de vida dependente da espera, da aprovação e autorização do Príncipe; nos deparamos com a produção de um modo de vida codificado, padronizado, com uma única forma de se colocar na vida: a forma-Irene-Princesa-Diana-passiva; tal produção nos inquietou e nos fez pensar: como poderíamos facilitar a invenção de novos modos de vida que superassem a forma enrijecida na passividade? A sobrinha de Irene contou que sua tia sempre gostou de sair de casa, que sempre foi muito ativa, recebia seu próprio pagamento no banco, ia à padaria, adorava a feira de domingo,

conversava com as vizinhas, mas foi deixando de sair de casa. Começou a contar que o príncipe Charles brigaria com ela, caso ela saísse. Mesmo sentindo muita vontade de voltar a andar pela rua, Irene insistia que o Príncipe não permitiria e que precisaria acatar o pedido de seu marido.

Irene passou a ficar muito tempo em casa, assistindo televisão, tendo o convívio social reduzido. Durante a maior parte do tempo, ficava com os cachorros. Compreendemos que estas ações de cuidado eram um espaço de invenção de saúde não apenas para Cojac e Coringa, mas para a própria Irene, pois permitia que ela se movimentasse, se comunicasse com os cachorros, interagisse, desenvolvesse uma rotina, gerasse responsabilidades com a medicação, ração, banho e limpeza das casinhas, funcionando como um importante recurso de cuidado à saúde física e mental (Nascimento et al., 2016). Entretanto, o isolamento de pessoas com Esquizofrenia é um dos maiores desafios a ser enfrentados no cuidado à saúde mental, uma vez que seu não-enfrentamento produz mais estigma e exclusão, acarretando na perda da qualidade de vida, das relações interpessoais, da reinserção social e do nível de autonomia, agravando os sintomas do transtorno e dificultando a construção de uma vida leve e saudável (Sampaio et al., 2025).

Interessava-nos inventar ações de cuidado alternativos que enfrentassem o isolamento, que beneficiassem a vida de Irene, que produzisse um investimento de saúde com potencialidade e que superasse a produção da Irene-Princesa-Diana-passiva. Olhar para a necessidade de inventar alternativas, diante da dificuldade de viver a vida com mais autonomia sobre as próprias escolhas, nos colocava diante de uma espécie de “olhar oblíquo” sobre Irene (Diniz, 2008), numa espécie de olhar a vida resistindo às práticas psicológicas e psiquiátricas que concebiam o fio narrativo múltiplo da vida pelo fio narrativo do sintoma, que poria a interpretar apenas a presença ou ausência do delírio, dificultando a compreensão do conteúdo da dinâmica de subtração da autonomia compartilhada pela paciente.

Para inventarmos novas possibilidades de vida, se tornava fundamental enfrentar a produção da passividade narrada que codificava e limitava o desejo de sair e experimentar a vida social na rua; tornava-se fundamental favorecer processos de produção de subjetividade singulares, de modo rizomáticos. O Rizoma, na perspectiva da Esquizoanálise, é um conceito emprestado da botânica, usado para ilustrar como os processos de singularidade operam. Diferente da produção de subjetividade capitalística (que nomeia, institui, que cria uma cristalização existencial, configurando um repertório que codifica comportamentos, pensamentos, experiências, desejos, papéis sociais e os territorializa em um modo único de viver a vida e de fazer as coisas - neste caso, tendo a Irene-Princesa-Diana-passiva como única possibilidade de vida), os processos de singularização permitem resistir ao modo fixo e rígido de viver, pois a singularização recusa toda codificação e institucionalização da vida; operam na invenção, na criatividade, na reorganização da vida, do transtorno, do desejo, da relação Irene-Diana, produzindo novos rearranjos, permitindo a construção de novas possibilidades de ser Irene e dando passagem para novas experimentações (Deleuze e Guattari, 2011b; Guattari e Rolnik, 2013; Gomes Júnior, 2021). Para possibilitar que novos devires construissem novas possibilidades para a vida, era necessário desfazer a construção da vida baseada em códigos, mapear os processos de produção de subjetividade, pôr a desmontar as produções serializadas da vida e dar conta de inventar alternativas, não como uma remissão de sintomas, mas para a invenção de modos de vida saudáveis, potentes e que operassem na multiplicidade.

“Eu percebi que quando o professor perguntou qual nome ela daria para o filho, ela ficou paralisada, que nem o meme da Nazaré confusa, da novela Senhora do Destino. E parece que remexeu ela todinha, porque ela ficou um tempão olhando pra janela, sem saber o que responder”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 01, SEMANA 5, E.).

“Eu percebi isso também quando o professor perguntou se ela aceitaria fazer uma visita pra gente lá na UBS. Ela gostou tanto da nossa visita, de conversar com a gente, de contar a história dela, inclusive falou que queria ver a gente de novo, mas quando o professor perguntou se ela iria até a UBS, ela fez a mesma cara, como se esse jeito de não sair de casa por causa do Charles estivesse desmantelando e ela tentasse procurar outra forma de encontrar a gente”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 01, SEMANA 5, ME.).

Percebemos que nosso encontro com Irene produziu um efeito de reorganização da estrutura compartilhada sobre a história de Charles, que subtraía sua autonomia, tornando-a passiva. Mais do que isso: observamos que os estudantes identificaram um momento de abertura, no momento de encontro, para favorecer reflexões acerca da vida e permitir a invenção de novos modos de existir. A Cartografia não se implica apenas no acompanhamento de processos relacionados com a vida dos pacientes, mas, principalmente, na invenção de novas processualidades, no mapeamento das forças que produziam modos de vida e, principalmente, no rearranjo destes vetores, produzindo novas territorialidades, desterritorializando os modos de vida rígidos e experimentando a vida em devir criativo (Deleuze e Guattari, 2011b; Passos e Barros, 2015, Gomes Júnior e Rocinholi, 2022). O devir permite a invenção de novos mundos, novos comportamentos, novas perspectivas sobre a vida, superando os modos já instituídos e já reproduzidos, favorecendo a criação de uma vida mais potente (Deleuze e Guattari, 2012c; Nobrega, 2019). Apenas em devir, Irene poderia desfazer sua forma Irene-Princesa-Diana-passiva estratificada, traçar um movimento novo, num movimento de fuga, e resistir ao modelo estabelecido, escapando do modelo sofredor de viver.

3.1.2 Parte 2: o pós-visita

Pudemos compreender um pouco a respeito dos efeitos do nosso encontro para a vida de Irene, pois 21 dias depois da nossa visita, fomos surpreendidos pela própria Irene na UBSMO. Ficamos impactados, pois ela não saía de casa. Contou que sua vida tem estado tranquila; continua cuidando de Cojac e Coringa, voltou a frequentar a padaria poucas vezes na semana e começou a colocar a cadeira no quintal de casa para “ver o movimento da rua”; disse que ainda não conversou com ninguém, que continua não querendo sair de casa, mas está mais próxima da rua, algo que não fazia anteriormente. Contou que ainda espera por Charles, mas tem se movimentado. Disse que queria nos encontrar na semana de seu aniversário, por isso decidiu sair de casa, mesmo contrariando o desejo do Príncipe Charles.

Como dito anteriormente, nosso objetivo não tratou de construir um confronto de realidade para o delírio de Irene. No momento de encontro com ela, pudemos mapear forças que atravessavam e constituíam modos de existir que sufocavam, paralisavam e a encarceravam em casa, podendo intervir neles, produzindo aberturas para a construção de novos movimentos. Pudemos constatar, em conjunto, alguns efeitos do nosso encontro com

Irene, a partir da visita que ela mesma nos fez na UBSMO, como uma espécie de devir, de romper o território-trancada-em-casa, inventando um modo de sair, de visitar a unidade de saúde (algo que a paciente não fazia há bastante tempo, pois sua sobrinha renovava sua receita e retirava os medicamentos na farmácia da UBS), experimentando uma interação conosco, com a equipe de saúde e com o território-bairro de Maria Ortiz, estabelecendo novas formas de existir e, com isso, produzindo saúde. Além disso, evidenciou para os estudantes a importância e o efeito de mergulhar nos encontros como um estrangeiro, desfazendo pressupostos e construindo sentido à medida que os sentidos surgiam no encontro, dando conta de mapear as forças que produziam os modos de existir compartilhados, ao passo que novos sentidos e novas experimentações poderiam ser compostas coletivamente durante a visita.

3.2 Caso Victor: “minha amada foi embora...”

3.2.1 Parte 1: a visita inesperada à UBSMO



Figura 6: registro da composição improvisada do *setting* para o encontro. Autor: pesquisador.

Agendamos uma visita por telefone para as 09h20, na casa do paciente (que chamaremos de Victor). Chego na UBSMO por volta das 08h40 e sou avisado de que há duas pessoas me esperando. Dirijo-me para a recepção e encontro Victor, o paciente que faríamos a visita domiciliar, acompanhado de sua irmã (que chamaremos de Erenice). Erenice conta que achou melhor trazer seu

irmão para a UBS para nos encontrar. A mudança inesperada de espaço para realizar nosso encontro nos demandou improvisar; tivemos que procurar cadeiras espalhadas pela UBSMO, levá-las para a sala da direção e realizar o encontro lá. Nossa desafio começa na tentativa de construir um espaço aconchegante, pois a sala estava cheia de caixas de papelão empilhadas e estávamos separados por uma enorme mesa com muitos equipamentos e papéis. Tento ajeitar a arrumação das cadeiras numa espécie de roda e finalmente conseguimos nos sentar.

Mal pude me apresentar e explicar a proposta de encontro e Erenice começa a falar, muito sorridente: “*eu tenho a tutela do meu irmão desde que nossa mãe faleceu. Ele tem Esquizofrenia e tinha um histórico de Etilismo crônico. Fazia acompanhamento psicológico e psiquiátrico em outra cidade, mas acabou desistindo, porque demorava muito pra ir de ônibus e ele acabava ficando sem almoçar, ficava estressado, então acabou parando de ir, sabe? Eu o trouxe pra morar comigo depois que ele passou 7 anos sozinho. Nenhum dos irmãos quis morar com ele, então agora mora comigo. Eu sou muito controladora com as coisas, sabe? Eu não achava certo ele ficar sozinho, porque eu gosto de tudo organizadinho, então agora eu consigo vir na unidade de saúde, pra pegar o remédio dele, separo bonitinho pra ele tomar todos os dias, pra ele não ter trabalho nenhum*”.

Permanecíamos em silêncio enquanto Erenice era a única que falava. Victor se mantinha olhando para baixo, também em silêncio. Durante uma pausa que Erenice parou para respirar, me dirijo para Victor e pergunto: “*Mas me diz, você faz o que durante o dia?*” Victor mal abre a boca e, antes que pudesse dizer qualquer coisa, Erenice responde de ímpeto: “*ele passa o dia inteiro na venda que nós temos lá em frente da nossa casa. Lá tem material escolar, produtos para a casa, é um mercadinho de bairro, bem pequenininho, sabe? Eu acho que ele deveria ficar em casa, pra não se cansar, sabe? Mas meu marido, que é aposentado, tem artrose e tudo o mais, apoia muito o Victor, diz que é bom pra ele ficar lá, porque pode fazer bem pra cabeça. Eu não estou muito convencida não, mas são 2 contra 1, não tive o que fazer. Mas ele adora ficar lá, varre a calçada, conversa com os vizinhos... tem um bar do lado e todo mundo adora ele. Ele fica de 10h até umas 18h. Só sai de lá se for pra almoçar ou pra alguma consulta médica lá no Centro. Eu tenho plano de saúde, mas amo o SUS, tá? Viva o SUS*”. Tivemos outras 2 tentativas de nos comunicar direto com o paciente, mas apenas a irmã respondia por ele. Um dos estudantes pergunta se Victor é tímido; ele responde e, pela primeira vez, pudemos ouvir sua voz: “*não, eu gosto de conversar... sou tímido não, só estou desanimado*”.

Erenice, novamente, corta a fala do irmão e diz: “*eu estou achando ele muito deprimido... ele disse que terminou com uma namoradinha, uma coisa casual que ele tinha. Eu até marquei psiquiatra pra ele, lá no Centro, um doutor ótimo que eu sempre ia, porque é bom a gente se consultar, né? Hoje em dia é tanta ansiedade, tanto estresse e tanta depressão no mundo que é bom a gente se cuidar, né? Levei ele lá no doutor pra ver se ele estava com depressão, porque ele não quer mais sair de casa, parou de ir ao centro de convivência...*

parece depressão mesmo, o que vocês acham? Ele é Esquizofrênico, mas é bonzinho... sempre ia na padaria pra comprar pão, coloca o lixo pra fora, sabe dar troco certinho no mercadinho. Minha vida é cuidar dele”.

Antes que pudéssemos falar alguma coisa, alguém bate na porta e nos avisa que precisaríamos esvaziar a sala, pois as caixas seriam remanejadas para o depósito da UBSMO naquele momento. Encerramos o encontro e fizemos a oferta de uma visita para Victor no mercadinho, na semana seguinte, para conversarmos com ele com mais calma. Fizemos, ainda, uma oferta de acolhimento individual para Erenice. Ela, com uma expressão de surpresa, indaga: “*mas eu preciso? Meu irmão está mais precisado que eu!*” Com um sorriso no rosto, digo para Erenice: “*é importante construir um espaço de cuidado pra você também, você não acha?*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 4, PESQUISADOR).

3.2.2 Parte 2: a visita ao mercadinho

Saímos da UBSMO rumo ao mercadinho por volta de 09h da manhã. Estava bastante sol, mas, de modo inesperado, o tempo fechou e começou uma chuva intensa; nenhum de nós tinha um guarda-chuva e estávamos no meio do caminho, a pé. Aguardamos embaixo de uma marquise e, em 10 minutos, a chuva parou totalmente. Chegamos molhados no mercadinho e fomos recepcionados por Victor com um sorriso, dizendo: “*poxa vida, vocês se molharam nessa chuva... começou a chover do nada, né. Eu tinha esquecido que vocês iam vir*”. Somos convidados a entrar e conhecer o local. Vemos tudo muito cuidado e protegido da poeira. Victor, com um espanador nas mãos, pergunta se queremos tomar um “Guaraná Uai”. Enquanto nosso anfitrião foi buscar o refrigerante, um dos estudantes se aproxima de mim e diz: “*ele parece estar mais à vontade aqui sozinho no mercadinho, parece que é um espaço que dá uma injeção de ânimo nele*”.

Na volta, nos conta que está desanimado, por sentir que está perto de morrer. Sente desânimo há mais ou menos 1 mês. Percebemos Victor inicialmente muito tímido, mas, em determinado ponto da conversa, ele se abriu conosco: “*minha amada foi embora... eu ia ao Parque Moscoso todo mês pra namorar. Eu a conheci lá, mas ela foi embora... não tenho mais o telefone dela. Eu a conheci quando estava dando uma caminhada*”. Uma das estudantes indaga: “*e ela estava caminhando também?*” Victor completa: “*Não... ela estava fazendo ponto, era garota de programa. Eu já namorei umas 49 mulheres, mas depois que a conheci, só fiquei com ela. A gente se via toda semana, por 28 anos. Eu comprei um celular pra ela. Ela se mudou e não me deu o número. Ela se mudou tem 5 meses pra outro estado e eu nunca mais voltei lá no parque*”.

Quando Victor terminou de falar, ficamos alguns segundos em silêncio, como se estivéssemos dando um pouco de tempo para as emoções serem expressadas. Victor chora, enquanto olha para o chão. Irrompendo o silêncio, digo: “*é uma ruptura muito difícil de lidar, né... faz sentido o senhor se sentir*

triste. Tem conseguido colocar isso pra fora? ”. O paciente me olha, ainda com os olhos marejados e nega com a cabeça; completo: “quando a gente sofre uma ruptura inesperada, parece que ficamos de cabeça pra baixo. E é importante a gente se permitir sofrer, sentir saudade, lembrar do que vivemos com a pessoa, senão parece que tudo fica acumulado, engasgado”. Um outro estudante completa: “e se ficar engasgado, a gente vai deixando de fazer as coisas que gostamos. Por isso não podemos deixar de fazer as coisas, como ir à praia, ao mercado, pracinha, tomar um sol, caminhar, visitar os amigos, mesmo diante da saudade que sentimos da pessoa que amamos. É tipo levar a nossa dor e a nossa saudade pra passear”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 1, SEMANA 5, PESQUISADOR).

O momento de supervisão com os estudantes foi marcado por uma miscelânea de informações compartilhadas pelos acadêmicos. Inicialmente, contaram que se sentiram bastante perdidos sobre os objetivos do encontro. Não sabiam ao certo se deveriam prestar atenção no que Erenice contava, se deveriam dar mais atenção e foco a Victor, se o atendimento deveria ser ofertado para ambos, se o ideal seria pedir para que a irmã se retirasse e realizássemos o atendimento individualmente. Compartilharam que se sentiram muito incomodados com as interferências de Erenice durante o encontro, uma vez que o protagonismo do atendimento supostamente deveria ter sido de Victor.

“Outro ponto da consulta foi a irmã do paciente, que fala demais da conta. Em grande parte da consulta, tivemos que interromper ela para que ele pudesse tentar falar. Será que ela também precisa de acompanhamento com psicólogo? Será que a rotina de cuidar do paciente a sobrecarregava muito?” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 02, SEMANA 5, J.).

“No começo do encontro, achei a irmã dele muito desesperada para se comunicar, mas ao longo da conversa, percebi que ela era alguém controladora e que a todo momento direcionava as respostas do paciente. Percebi também que ela era alguém que dedicou a vida ao paciente, para mantê-lo no melhor conforto e bem-estar possível, sem tirar sua liberdade e poder de escolha das suas ações, como onde ir, que horas abrir e fechar a vendinha e tomar seus remédios (ele toma sozinho, ela só confere se está certo). A gente conversou, no final, sobre quem cuida de quem cuida, já que a irmã do paciente parecia alguém totalmente e unicamente vivendo dia após dia cuidando do seu irmão que precisa de cuidados especiais, e ela faz isso muito bem a meu ver, de não privá-lo de nenhuma liberdade. Lembrei do meu irmão, com Síndrome de Down, pois nós muitas vezes abandonamos nossos cuidados para cuidar de quem precisa mais... e olha que somos 4 pessoas, imagine para ela que é sozinha”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 02, SEMANA 4, L.).

Durante a supervisão, fizemos o exercício de lançar olhares e construir perspectiva a respeito do encontro a partir da dinâmica dos processos de produção de subjetividade. Isso nos ajudou a compreender um pouco melhor a experiência de encontro e reconhecer que estávamos diante de duas experiências muito diferentes: de um lado, o Victor-tristeza, agenciado por inúmeras questões; de outro lado, a Erenice-aceleração, com outros agenciamentos; 2 formas tecidas por diversas forças que produziam modos de existir que interferiam na produção de uma vida leve e potente. Além disso, o fato do nosso primeiro encontro ter sido com os dois irmãos também dificultou que estabelecêssemos um espaço de

segurança, conforto e de expressão afetiva para ambos, fazendo com que, inicialmente, nem Erenice e nem Victor recebessem o acolhimento necessário e devido, uma vez que precisaríamos de mais tempo de encontro, pois a dupla tinha diferentes demandas que exigiam manejos clínicos distintos. Tínhamos mais um terceiro fator: a ausência de espaço físico fez com que tivéssemos que improvisar o encontro na sala da direção da UBSMO e a convocação para esvaziar a sala, antes do encontro finalizar, também nos dificultou de construir uma experiência de acolhimento mais aproximado, com maior cuidado, o que interferiu no encontro, mas nos deu pistas para compreender os processos de produção de subjetividade que recaíam sobre Victor e Erenice.

Reconhecer a realidade produzida na articulação de forças nos fez perceber uma série de temáticas que apareceram no breve encontro com os irmãos. Uma delas, compartilhada acima pelos estudantes, se relaciona com os impactos do cuidado para a vida de cuidadores. Existe uma preocupação acerca da saúde de quem cuida de algum familiar, uma vez que é uma atividade que, em muitos casos, exige a gestão e administração de medicamentos, a rotina de alimentação, os cuidados de higiene do familiar e transporte; tais tarefas são desempenhadas concomitante aos cuidados com a casa, com o trabalho, com o cuidado a outros membros da família, além do cuidado individual do cuidador consigo mesmo (Delalibera et al., 2015). Em muitos casos, pode produzir no cuidador um aumento de ansiedade, depressão, estresse, diminuição da qualidade de vida, dificuldades financeiras, sensação de desamparo e de falta de suporte, aumento do isolamento, sensação de impotência mesmo diante de questões de fácil resolução, além de uma experiência de sobrecargas de trabalho e emocional (Souto et al., 2024). Isso tudo se agrava quando, além de idoso, a pessoa cuidada também tem transtorno mental.

No caso de Erenice, o efeito de cuidar do irmão produzia, em parte, uma relação de cuidado, de ajudá-lo a construir mais autonomia sobre si, mas, ao mesmo tempo, encontrava dificuldades ao estabelecer um grau saudável de autonomia para Victor e para si mesma, apresentando um certo excesso, uma dificuldade de deixar o irmão se colocar num espaço de invenção do próprio cuidado, além de dificultar que a própria Erenice inventasse um lugar para também cuidar de si mesma, visto que a mesma, como é comum de acontecer, era a única que cuidava diretamente do irmão; compreendemos que o perfil epidemiológico a respeito do cuidado informal a familiares idosos, adoecidos ou com algum tipo de comprometimento indica que a maioria das pessoas cuidadoras são mulheres, familiares (filha, irmã ou esposa), com idade superior a 55 anos e que divide a jornada de cuidado e trabalho doméstico (Fernandes, 2023; Fonseca et al., 2024). Pensar na dinâmica de produção de subjetividade que envolvia a dupla Victor-Erenice permitiu que os estudantes compreendessem que a saúde do cuidador é também objeto de investigação durante o atendimento, uma vez que é um marcador para refletir as estratégias de cuidado realizadas, permitindo avaliar o efeito destas para o paciente e para quem cuida, além de possibilitar a criação de novas estratégias, em coletivo, na parceria com o cuidado oferecido na Unidade de Saúde; na experiência de transtorno mental, interessa estabelecer estratégias para o paciente e para quem cuida, reduzindo o impacto do agravamento do estado de saúde do paciente e a sobrecarga para o cuidador, potencializando a saúde de ambos (Gil-Monte, 2004; Delalibera et al., 2015; Fernandes et al., 2023; Souto et al., 2024).

Um outro fator levantado pelos estudantes, durante nossa cartografia dos processos de produção de subjetividade a respeito do encontro com Victor e Erenice, tinha a ver com a infantilização. Em alguns momentos, Erenice se referiu ao irmão como uma pessoa

“boazinha”, que não dava trabalho, que sabia fazer pequenas tarefas, mas, ao mesmo tempo, narrou que supervisionava a execução das tarefas, afirmando que estava sempre por perto do irmão. A infantilização é uma temática que circula na discussão do cuidado a saúde mental, sendo compreendida como uma herança do Iluminismo; a pessoa com transtorno mental é, em muitas vezes, colocada como alguém desprovido de razão ou de habilidades, sendo colocada na posição de submissa a outros (familiares, cuidadores, profissionais da saúde, dentre outros), construindo uma espécie de dominação e controle, tendo como produto a produção de subalternidade e mais passividade (Sant’anna, 2015). A infantilização recai a partir de 3 elementos: a vulnerabilidade, a negação da sexualidade e a dificuldade com a racionalidade (Santos, 2010; Sant’anna, 2015). No caso de Victor, havia certa resistência da irmã de compreender que o paciente poderia trabalhar no mercadinho, uma vez que ela acreditava que ele se cansaria, que poderia fazer mal para sua saúde, produzindo uma espécie de Victor-vulnerável, pouco capaz de lidar com as responsabilidades do trabalho.

A respeito da sexualidade, Victor chegou a comentar que a irmã achava errado que ele se relacionasse com prostitutas, como um tipo de negação da sexualidade do irmão; é comum que muitas pessoas com transtorno mental, pessoas com deficiência ou pessoas neurodiversas sejam vistas como assexuadas, julgadas ou impedidas de viver sua sexualidade por conta da sua condição (Sant’anna, 2015). Aqui, não se tratava apenas de uma ação de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, mas, incluía um tom discursivo de controle social a respeito dos comportamentos sexuais de Victor. Além disso, parte do embate entre Erenice e o marido tinha a ver com a capacidade ou não de Victor de trabalhar no mercadinho, como se o transtorno mental fosse um limitador para o trabalho, relacionado com o suposto nível de racionalidade que a tarefa exigia, em comparação com a racionalidade oferecida por Victor para sua execução.

Reconhecer os fatores que interferiam na produção e subtração da autonomia de Victor permitiu que os estudantes compreendessem que o acolhimento da narrativa acerca da ruptura de seu relacionamento teve um forte impacto na afirmação da sexualidade do paciente e da sua possibilidade de experimentar a vida afetiva, sendo um homem idoso e com transtorno mental. Em dado momento, os estudantes se indagaram a respeito da tristeza narrada por Victor, se esta tinha a ver com o embotamento afetivo e com a anedonia, comuns na Esquizofrenia, se estava relacionada com transtorno depressivo ou se tinha relação com a perda do vínculo. Reconhecer a processualidade na produção do que Victor narrou nos ajudou a compreender o que estava acontecendo.

“Ele estava triste e desanimado com a vida, mas ao longo da conversa, pudemos notar que ele perdeu a namorada há 5 meses, que se mudou. Foi só depois disso que ele deixou de realizar atividades que davam prazer pra ele, como andar de bicicleta, na praia, tomar sorvete. Disse que tinha perdido o brilho da vida, mas não tinha pensamentos ou ideias suicidas”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 02, SEMANA 5, J.).

“Tivemos também uma notícia que ajudou a explicar muito do quadro triste, depressivo e apático que ele se encontrava há alguns meses. Ele disse que a namorada foi embora e que não tinha como entrar em contato. Eles se encontravam 2 a 3 vezes por mês, há 28 anos, sendo algo duradouro e que estava na rotina dele. Com isso, percebi que ele perdeu um dos pilares dele e de relação interpessoal, não saía mais de casa e achava que vida tinha acabado pela mudança de sua namorada. Ele referiu que antes não era assim,

que era animado, saía bastante, gostava de andar de ônibus, visitar a namorada, passear, jogar dominó, mas na ausência da namorada que não vai retornar, ele se sentiu sozinho, deixado de lado e sem rumo para continuar vivendo a sua vida da mesma forma. Gostei de como o professor lidou com a situação, informando que devemos sim sofrer e pensar na saudade que vivemos com a pessoa, mas não podemos deixar de fazer as coisas por causa da saudade que sentimos". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 02, SEMANA 4, L.).

Na afirmação da afetividade de Victor, compreendemos que ele estava passando por um processo de luto, por conta da ruptura de seu relacionamento. O rompimento de um relacionamento, em muitos casos, é vivenciado como um período desestabilizador, que produz vulnerabilidade, angústia e uma experiência de trauma, afetando a disposição para realizar tarefas, a retomada de projetos de vida, de sonhos, perspectivas e principalmente relacionadas ao cuidado de si mesmo (Ishikawa, 2021). Na experiência de visita ao mercadinho, pudemos reconhecer que o encontro produziu um efeito de acolhimento, uma vez que Victor não conseguia compartilhar sobre a jornada de ruptura da relação com ninguém; nos ajudou também a compreender e cartografar os efeitos da ruptura em sua vida, na produção de desânimo, desmotivação e desinteresse sobre a vida e sobre atividades que fazia rotineiramente. O encontro, sobretudo, se constituiu como um território de invenção de novos modos de viver, de sentir, de experimentar a vida, desestabilizando a forma Victor-guarda-o-luto-para-si, permitindo inventando linhas de expressão de afeto com segurança, possibilitando narrar sobre como se sentia, chorar, construir sentido e significado para o que antes estava guardado apenas para si, construindo novos modos de viver a ruptura, inventando uma forma mais flexível, um Victor que compartilhava seus sentimentos, que dava passagem para os afetos, que sentia segurança até para chorar. Nosso objetivo não era apenas acolher Victor em sua angústia, mas desestabilizar a forma "guarda tudo para si" e inventar um novo território existencial, capaz de construir novas conexões afetivas, novas experimentações sobre seus afetos e sua sexualidade, dando conta de criar novas formas de viver a vida (Romagnoli, 2009; Deleuze e Guattari, 2011b).

3.2.2 Parte 3: o pós-visita

Pouco mais de 3 meses após a visita ao mercadinho, encontro Victor e Erenice na fila da recepção da UBSMO. Sou reconhecido e recebido com um abraço. Pergunto como estão e Victor rapidamente responde: "*estamos bem. Agora tô no psicólogo, fazendo pelo plano de saúde*". Erenice completa dizendo que começou a ser acompanhada pelo psicólogo da Unidade de Saúde, porque se percebeu muito estressada, acelerada e cansada: "*a gente precisa se cuidar, senão tem um treco, né?*".

Noto que Victor está bastante sorridente, diferente do nosso primeiro encontro. Indago como anda a vida e ele me conta que está bem, que retornou ao centro de convivência e se reconectou com alguns amigos que frequentam o bar ao lado do mercadinho. Ainda sente tristeza pela ruptura com a namorada, mas está conseguindo lidar melhor. Erenice completa: "*eu percebi que ele estava sofrendo bastante por causa desse término e o trabalho está ajudando bastante. Mente vazia é oficina do diabo, né?*". Victor completa dizendo que

conversar com os amigos tem ajudado, pois consegue colocar os sentimentos para fora e construir alívio (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 13, SEMANA 3, PESQUISADOR).

Compreendemos que, apenas favorecendo as linhas de expressão de afeto, fomos capazes de reconhecer os fatores produtores da tristeza vivenciada por Victor. A partir do acompanhamento das forças que produziam a forma Victor-triste, foi possível promover linhas de fuga, capazes de recriar a experiência de alguém que estava em sofrimento e que guardava tudo para si como estratégia de enfrentamento. Como cartógrafos, interessados na escuta e no acolhimento, o desembaraçamento das linhas que compõem a experiência de encontro nos possibilitou dar língua para os afetos que pediam expressão, nos permitiu dar conta de inventar recursos para auxiliar os pacientes a traduzirem seus afetos em fala, inventar a própria narrativa, acolher os afetos e, em conjunto, inventar novos modos de enfrentar os desafios e, com isso, viver a vida de modo autônomo (Rolnik, 2006). Pudemos observar, no pós-visita, que Victor continuava afetado pela ruptura, mesmo após meses, mas demonstrou também movimentos de invenção de novas saídas para a vida através da reconexão com a UBSMO, a partir do trabalho no mercadinho, na retomada de atividades no Centro de Convivência e com o início da psicoterapia no plano de saúde, indicando a invenção de estratégias para manejar não apenas o término do seu relacionamento, mas promover uma vida mais leve, redefinindo seu modo de enxergar o mundo e a si mesmo, com mais potência e autonomia (Guattari e Rolnik, 2013).

JORNADA V

A CONSTRUÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE ACOLHIMENTO INSPIRADO NO PLANTÃO PSICOLÓGICO PARA A FORMAÇÃO EM MEDICINA

1 INTRODUÇÃO

A dificuldade de acessar os pacientes e de dar continuidade às Derivas Psicogeográficas, Visitas Domiciliares e Entrevistas Cartográficas, nos demandou inventar novos dispositivos para possibilitar o encontro entre acadêmicos de medicina e pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde do Bairro de Maria Ortiz (UBSMO). Lançamos mão do Plantão Psicológico como inspiração para construir um dispositivo que possibilitasse a formação médica e o acolhimento para os pacientes. Nesta Jornada, descreveremos parte do material teórico discutido com os estudantes e que permitiu desenvolver a prática de acolhimento, inspirada no Plantão Psicológico, para que pudéssemos desenvolver habilidades de acolhimento, escuta e vínculo.

Discutiremos como se deu a estruturação de um dispositivo de atendimento que visou oferecer acolhimento individual para os pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz, ao mesmo tempo em que grupos de acadêmicos de Medicina do Centro Universitário Multivix desenvolveram habilidades de escuta, acolhimento e vínculo. Desde o primeiro encontro com os estudantes, estes compartilharam que tinham pouca ou nenhuma experiência com atividades que envolviam o acolhimento de pacientes, o que produziu muito receio sobre não saber como se comportar no atendimento, como conversar com o paciente, de que maneira poderiam inventar um espaço de acolhimento e segurança para que o paciente se sentisse confortável durante o encontro, ou quais tipos de perguntas poderiam ser feitas e em quais momento, como cada estudante poderia participar do encontro, o papel de cada um no atendimento, como finalizar o atendimento, os possíveis encaminhamentos ou quais análises deveriam fazer.

Com essas e muitas outras indagações, os grupos de acadêmicos se reuniram, a cada final de atendimento, para realizar uma supervisão e discutir aspectos ligados aos conteúdos e experiências compartilhadas pelos pacientes no momento de encontro, mas também refletir e elaborar a respeito da configuração que se desenrolou no momento de atendimento. Os estudantes compartilharam que fizeram uso de ferramentas e que alcançaram bom funcionamento durante o encontro, mas que não alcançaram os resultados esperados em todos os contextos, o que nos ajudou a compreender em quais condições cada ferramenta produziria efeito e como poderíamos manejá-la coletivamente a experiência de encontro. Com isso, pudemos tecer um mapa de como os encontros aconteceram, reunindo o que havia de comum e diferente entre eles, nos dando condições de elaborar uma série de pistas sobre o funcionamento do dispositivo de acolhimento na UBSMO.

Apresentaremos um roteiro que foi construído não como modelo a ser seguido, mas como a articulação de uma colcha de retalhos, de recortes de cenas, de ações, de aproximações e de ferramentas que foram utilizadas e que cartografamos ao longo da pesquisa. Não nos interessava construir um modelo de atendimento, uma vez que entendíamos que o resultado desta pesquisa só foi possível diante da articulação das forças que estiveram presentes em cada encontro que realizamos, incluindo os estudantes, o pesquisador-professor, os pacientes, os espaços físicos, o manejo dos encontros, os objetivos e os agenciamentos engendrados nos atendimentos. A elaboração do roteiro se deu a partir de 8 pistas: (1) a abertura do encontro; (2) a invenção do *rapport/vínculo terapêutico*; (3) a explicação dos objetivos do atendimento/aliança terapêutica; (4) a construção de métodos de escuta; (5) a identificação da demanda; (6) o mapeamento dos fatores produtores da demanda; (7) mapeamento, avaliação e invenção de estratégias de enfrentamento e; (8) o encerramento do atendimento. Apresentaremos, inicialmente, o dispositivo de plantão psicológico, por se tratar do nosso dispositivo inspirador e também devido a experiências anteriores que nos possibilitou identificar sua potência.

2 O PLANTÃO PSICOLÓGICO

O Plantão Psicológico é uma intervenção psicológica que tem a finalidade de acolher a pessoa no exato momento de sua urgência psicológica ou no tempo mais próximo do surgimento desta (Mahfoud, 1987; Silva et al, 2020; Tassinari, 2003). Tal conceito de urgência é compreendido como um risco à saúde, de maneira não imediata, podendo ou não ter ameaça à vida (Giglio-Jacquemot, 2005; Silva et al, 2020). O acolhimento imediato objetiva ofertar suporte, focado na demanda do paciente, no “aqui e agora” e no momento de crise, visando criar condições para que a pessoa se reorganize e invente novos modos de lidar e enfrentar aquilo que produziu sua queixa (Vieira, 2009). Iniciado na década de 1960 no Brasil, surgiu como uma proposta alternativa de acolhimento, escuta e cuidado à saúde no Serviço de Aconselhamento de Psicologia do Instituto de Psicologia da USP (Mahfoud, 1999; Silva et al, 2020, Tassinari, 2003). O acolhimento imediato, inspirado na proposta norte americana de “*Walk in clinics*”, rompia com o modelo de clínica psicológica tradicional, o qual entendia o cuidado a médio/longo prazo, com sessões regulares, com dias e horários pré-estabelecidos e com duração fixa dos encontros (Mahfoud, 1987; Silva et al, 2020; Tassinari, 2004; Moreira, 2022). Diferente disso, o objetivo principal do Plantão é atender a população em sofrimento psíquico sem agendamento prévio ou tempo pré-estabelecido (Moreira, 2022), acolhendo a quem buscar o serviço no momento em que demandar ajuda.

Atender no Plantão Psicológico demanda dos profissionais habilidades semelhantes as que objetivávamos desenvolver com os acadêmicos de medicina ao longo do Ambulatório de Humanidades Médicas 5: disponibilidade para o encontro de forma ética, capacidade de acolher o inesperado, o emprego de uma escuta terapêutica, sem emitir julgamentos, juízo de valor ou quaisquer formas de preconceito, acolher com uma visão contextualizada acerca do paciente e de sua demanda e demonstrar ter interesse em ouvir os conteúdos compartilhados pelo paciente no encontro (Dutra e Rebouças, 2010; Silva et al, 2020). A inspiração no Plantão Psicológico visou construir um espaço de acolhimento para os pacientes, mas que não se limitasse apenas a um espaço de alívio, puramente; nos interessou criar um espaço potencial para invenção de novos modos de promover saúde e desenvolver habilidades que humanizassem o atendimento em saúde (Silva et al, 2020).

No Plantão Psicológico, o profissional, enquanto acolhe, visa construir condições para que a pessoa se autoquestione e tenha ampliação de consciência a respeito de si mesma e da situação que provocou tal sofrimento, auxiliando na construção de autonomia do paciente a respeito do cuidado à própria saúde; para isso, é fundamental que o atendimento seja um auxílio para que o paciente desenvolva uma visão mais consciente a respeito de si mesmo, e de sua demanda, o apoioando a compreender o que está acontecendo em sua vida, mapear os fatores que contribuíram para produzir tais demandas, identificar e avaliar as estratégias de enfrentamento já utilizadas para superar tal urgência e participar da construção de novas estratégias para enfrentar tais sofrimentos (De Souza e De Souza, 2011; Silva, et al, 2020). Para isso, é indispensável construir condições para que o paciente desabafe, expresse suas emoções e se alivie da tensão provocada por aquilo que o aflige, mas que este também construa reflexões que serão suporte para tomada de decisão e criação de novas possibilidades, novos sentidos e estratégias de enfrentamento para a vida (Amorim et al., 2015; Antunes e Ferro, 2015; Breschigliari e Jafelice, 2015; Scorsolini-Comin, 2015; Moreira, 2022).

2.1 O Plantão psicológico no contexto da saúde

Compreendemos o Plantão Psicológico como uma ferramenta para o cuidado psicossocial, inserido na proposta da clínica ampliada (Goés, Porto & Fernandez, 2021), uma vez que possibilita o acesso às alternativas de cuidado para a população, viabiliza a qualidade de vida dos pacientes atendidos e reduz as possibilidades de agravos à saúde (Amorim et al., 2015; Silva et al, 2020). Através de intervenções pontuais, o Plantão Psicológico acolhe crianças, adolescentes e adultos, se inserindo na proposta de cuidado à saúde na Atenção Primária, intervindo em crises situacionais, prevenindo agravos, acolhendo sofrimento e se comprometendo com a promoção da saúde mental (Amorim et al., 2015; Farinha, Gonçalves e Goto, 2016; Romagnoli e Vieira, 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a “porta de entrada” para o SUS, fornecendo para a população um acesso e cobertura universais e é a partir dela que as ações de prevenção e promoção à saúde são realizadas (Brasil, 2011). Com atuação integral, a APS visa desenvolver o cuidado à população de maneira próxima, com orientação familiar e comunitária, compreendendo as pessoas como singulares e inseridas em um contexto social e cultural, se distanciando de um modelo que observa prioritariamente a doença, que é centrado no médico; para isso, adotamos uma abordagem integral, preventiva e que valoriza outros profissionais de saúde, atuando de maneira articulada (Amorim, Branco e De Andrade, 2015). Com o Plantão Psicológico, é possível que a oferta de cuidado à saúde mental se amplie nos serviços de saúde ligados à Atenção Primária, atendendo um número maior de pessoas e garantindo acolhimento e suporte emocional de maneira integral, igualitária e universal, assegurados pela Lei nº 8080/90 (Silva et al, 2020). Também é possível estabelecer uma prática de cuidado onde o paciente é visto como um ser humano integral, se afastando do modelo biomédico e hospitalocêntrico, permitindo compreender a demanda como uma necessidade de cuidado à saúde de maneira ampliada e interdisciplinar, com foco na promoção de saúde. O atendimento no Plantão Psicológico pode permitir ainda a redução da procura por atendimento nos níveis secundários e terciários de cuidado à saúde e uma atuação em rede, como é preconizado pelo SUS (Rebouças e Dutra, 2010; Amorim, Branco e De Andrade, 2015; Silva et al, 2020; Goés, Porto e Fernandez, 2021).

É fundamental ressaltar que o Plantão Psicológico não visa substituir o serviço de Psicologia, tampouco o Psicólogo, na área da Saúde ou da Clínica, seja na UBS ou na Atenção Hospitalar, mas contribuir para a ampliação do cuidado à saúde de maneira interdisciplinar e compartilhar o espaço clínico com outros profissionais de saúde; está pautado especificamente no acolhimento das demandas por ajuda psicológica advindas dos pacientes ou dos profissionais de saúde que atuam no local onde os Plantões acontecem (Cautella Junior, 2012). Tal cuidado tem valiosa importância para reduzir o nível de adoecimento que acomete os profissionais de saúde e auxilia na práxis da equipe de maneira geral ao oferecer escuta qualificada e acolhedora (Cautella Júnior, 2012; Carvalho et al, 2017). Diante da proposta de intervenção psicosocial, o Plantão Psicológico se insere como um dispositivo de atuação que comprehende o sujeito dentro de seus contextos e de sua rede relacional (família, comunidade, sociedade), para além do sujeito biológico e diagnosticado. Considerando a Política Nacional de Humanização (PNH), se torna fundamental que se criem novos espaços de formação e novas ações de cuidado fundamentadas nos vínculos empáticos, no poder compartilhado e no entendimento dos aspectos relacionais do paciente, favorecendo a horizontalidade na relação entre profissionais-pacientes (Vieira e Filho, 2004; Dutra, 2010; Góes, Porto e Fernandez, 2021).

2.2 O Plantão psicológico como ferramenta para a formação

Aparamo-nos no Plantão Psicológico para compôr nossa proposta, pois desde o seu surgimento, o Plantão tem sido avaliado como uma estratégia para a formação acadêmica (com majoritária ênfase para o curso de psicologia), pois proporciona aos futuros profissionais o contato com os desafios e dificuldades na oferta de atendimento e permite a relação entre os conhecimentos teóricos apreendidos na sala de aula e a atuação na clínica, a partir do acolhimento dos pacientes (Brito e Dantas, 2016; Moura e Holanda, 2020). Interessava-nos inventar uma proposta em que os acadêmicos experimentassem a vivência de acolher a comunidade atendida pelo Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo que enfrentavam os desafios para a construção de uma prática baseada no acolhimento, na escuta e no vínculo.

A prática no Plantão Psicológico permite, também, que o estudante desenvolva uma forma singular para o acolhimento, uma vez que este é acompanhado por orientadores e professores (Breschigliari e Jafelice, 2015). A supervisão possui papel fundamental na formação, pois é um espaço de discussão que permite mergulhar e rever a experiência registrada no Diário de Bordo, cria possibilidades que os estudantes compartilhem os afetos, percepções e impressões que sentiram durante o Plantão Psicológico, além de refletir sobre o encontro (Rocinholi e Vicente, 2020). Nota-se que o estudante, atuando no plantão psicológico e em supervisão, entra em contato com uma realidade nova a cada atendimento, numa espécie de “acompanhar um ambiente/território desconhecido”, sendo capaz de desenvolver habilidades como terapeuta, compreender a queixa do paciente, reconhecer os fatores que produziram ou que se relacionam com a demanda, além de desenvolver a escuta ativa (Bezerra, 2014; Macedo e Andrade, 2012). Com isso, nos interessou compreender como se deu a construção de uma proposta de acolhimento, inspirado no Plantão Psicológico, para possibilitar encontros entre estudantes de medicina e pacientes atendidos na Unidade Básica de Saúde de Maria Ortiz, dando conta de mapear os efeitos para a formação dos acadêmicos

na proposta de cuidado humanizado, além de reconhecer os efeitos para os pacientes acolhidos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Participaram da prática 161 acadêmicos de medicina do Centro Universitário Multivix que cursaram a disciplina de Humanidades Médicas 5, nos grupos de número 6 a 45, nos módulos B e C do semestre de 2022/2 e dos módulos A, B e C dos semestres 2023/1 e 2023/2. A prática foi realizada dentro da Unidade Básica de Saúde do bairro de Maria Ortiz (UBSMO) e oferecida como serviço para os residentes do bairro. Antes da realização dos atendimentos, os estudantes participaram de aulas e discussões teóricas sobre o Plantão Psicológico, o Método da Cartografia e a Clínica Transdisciplinar durante 5 semanas, que tiveram como objetivo oferecer preparo para a prática no ambulatório.

A oferta de acolhimento foi divulgada através de um cartaz colado na entrada da Unidade de Saúde, em local autorizado pela administração da UBSMO, informando os objetivos do acolhimento psicológico, os horários da oferta dos atendimentos, o local, a configuração dos encontros e a forma de agendamento. Os pacientes que tivessem interesse deveriam procurar a recepção da UBSMO e realizar o agendamento do atendimento através da *plataforma Rede Bem Estar* (sistema desenvolvido pela prefeitura de Vitória para agendamentos e acompanhamento do cuidado aos pacientes no município). Foram disponibilizadas até 3 opções de horários para agendamento por turno. A escolha dos acolhimentos com agendamento prévio foi tomada visando possibilitar que todos os grupos realizassem a prática em todos os dias de atividades. A agenda de atendimentos foi aberta a cada 10 dias. Os atendimentos tiveram, em média, 90 minutos de duração.

Nesta pesquisa, não foram atendidas as solicitações de atendimentos ou encaminhamentos para acompanhamento clínico, psicológico, psiquiátrico, de avaliação psicológica ou neuropsicológica. Os pacientes com encaminhamentos foram acolhidos pelos grupos e recomendados a seguir o fluxograma de atendimentos com os profissionais da própria UBSMO.

Os atendimentos foram realizados com inscrição prévia, inicialmente a partir de uma ficha de inscrição. Os pacientes interessados deveriam preencher uma ficha com seus dados pessoais (nome, data de nascimento, endereço, telefone para contato) e a disponibilidade de dias e horários para o atendimento. Foram preenchidas 120 fichas. Foram realizadas ligações telefônicas de convite para todos os pacientes, de acordo com a disponibilidade de dias e horários registrados na ficha de cadastro. As fichas que tiveram 5 ligações de convite e que não resultaram em agendamento e/ou atendimento foram para a pasta de arquivo morto. Não conseguimos contato com 52 pacientes (ligações indicavam número errado, inexistente ou caixa postal); 16 pacientes informaram indisponibilidade em todos os horários sinalizados pelos próprios como disponíveis e 9 pacientes recusaram o atendimento.

Foram acolhidos 43 pacientes por meio da inscrição na ficha de cadastro. A partir de fevereiro de 2023, os atendimentos foram agendados exclusivamente na recepção da UBSMO, pela Plataforma Rede-Bem-Estar, dispositivo usado pela Secretaria de Saúde do município de Vitória, capital do Espírito Santo. O agendamento foi disponibilizado a cada 10 dias, com oferta de 10 horários de atendimento por semana, permitindo que cada grupo de estudantes realizasse até 2 atendimentos por aula. Foram oferecidos 325 horários para

agendamentos; 161 pacientes foram agendados pela recepção da UBSMO e foram realizados 94 atendimentos. Para a elaboração desta cartografia, foram atendidos 137 pacientes e realizados 148 atendimentos (131 pacientes receberam 1 atendimento, 4 pacientes receberam 2 atendimentos, 2 pacientes receberam 3 atendimentos e 1 paciente recebeu 4 atendimentos). Os acolhimentos tiveram duração média de 90 minutos.

Antes do início do atendimento, todos pacientes receberam orientações a respeito dos objetivos da atividade, dos possíveis benefícios e riscos na participação, sobre a não-obrigatoriedade em participar, além da possibilidade de recusa e/ou interrupção do atendimento a qualquer instante. Os pacientes foram atendidos individualmente, acompanhados pelo pesquisador-professor e pelo grupo presente no dia e horário agendado. Os atendimentos aconteceram na sala de reuniões, no auditório e em consultórios, conforme disponibilidade de espaço físico na UBSMO. Foram colocadas cadeiras de forma circular, visando facilitar a comunicação e desenvolver uma participação onde todos pudessem se ver. Os estudantes utilizaram papel e caneta, tablets, celulares ou *notebooks* para realizar anotações ao longo dos atendimentos.



Figura 7: O *setting* construído no auditório da UBSMO para a realização dos acolhimentos. Autor: pesquisador.

Após o atendimento, uma supervisão foi realizada com os acadêmicos, visando discutir a experiência do grupo ao longo do atendimento. Neste momento, elencávamos os principais pontos compartilhados pelos pacientes, buscando compreender se os estudantes conseguiam identificar a demanda do atendimento, o plano de produção de subjetividade em torno da demanda, as estratégias de enfrentamento usadas pela pessoa atendida e a criação de novas estratégias para lidar melhor com tal demanda. Ao final de cada dia de ambulatório, foi confeccionado um Diário de Bordo pelo pesquisador-professor, reunindo informações dos atendimentos e da supervisão. Os estudantes também foram orientados a produzir um Diário de Bordo próprio e individual, narrando sua experiência nos atendimentos, assim como as contribuições desses para a sua formação. Os Diários de Bordo do pesquisador-professor e dos estudantes de medicina foram utilizados para a composição da presente Cartografia.

4 CARTOGRAFIAS DO DISPOSITIVO DE ACOLHIMENTO

4.1 A Abertura do encontro

O início de um atendimento é uma das partes mais importantes do encontro. Em um contexto em que a inscrição é realizada por outro profissional (no nosso caso, através da recepção da UBSMO), o atendimento em si é o primeiro contato entre quem atende e quem é atendido. É nesse contato que vão surgir as primeiras impressões e interações, que poderão contribuir para tecer uma aproximação ou um distanciamento, facilitando ou dificultando a construção do vínculo (Furlan, 2011). No decorrer das supervisões, alguns estudantes relataram que começaram a notar que muitos pacientes já chegavam no atendimento com certo receio, resistência, tímidos, retraídos, muito emocionados ou ansiosos e que o manejo de tais estados se tornava um desafio a ser enfrentado.

“Parece que a maioria dos pacientes já chega meio distantes da gente no consultório. Isso acontece lá no centro de especialidades também. Teve um dia que eu pedi pro professor pra eu ir chamar a paciente... fui lá na recepção, gritei o nome dela, ela já me olhou com uma cara desconfiada, eu dei um sorriso, apertei a mão dela, viemos trocando uma ideia rápida, falando do calor que tava fazendo, eu abri a porta do consultório e percebi que isso deu uma certa mudada no clima, porque ela já entrou no consultório desarmada”.

(DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 22, SEMANA 4, ESTUDANTE A.).

Ao observar o modo que os pacientes chegavam no atendimento, os estudantes começaram a analisar se esse estado se alterava ao longo do encontro e buscavam identificar os fatores que produziam mudanças. Pudemos reconhecer que a aproximação com o paciente e o manejo dos receios relacionados à experiência de atendimento compunham uma etapa importante na composição do encontro e que poderia ser realizada na recepção do paciente. Os estudantes experimentaram uma série de estratégias: a cada atendimento, um acadêmico saía do consultório e ia até a recepção da UBSMO para chamar a pessoa que seria atendida e, neste percurso, o estudante já realizava uma espécie de varredura a respeito do paciente, buscando compreender que tipo de interação aquele encontro poderia permitir e se indagavam: “é melhor receber o paciente com um sorriso? Com um aperto de mão? Algum comentário sobre algo que chamou atenção, como o penteado, a roupa, os sapatos? Um abraço é demais? Faz sentido abrir a porta para o paciente ou perguntar se aceita uma água? É

melhor receber o paciente na porta ou buscá-lo onde ele estiver e caminhar com ele até o consultório? Quando chegarmos ao consultório, é melhor todo mundo levantar da cadeira e apertar a mão do paciente ou dar um oi à distância?" À medida em que os atendimentos foram acontecendo, os estudantes compartilharam em supervisão sobre como fizeram uso de estratégias para "quebrar o gelo" com os pacientes.

"Quando a gente vai na recepção buscar o paciente, parece que a gente tem milésimos de segundos para esquadrinhar o que dá pra fazer pra chegar mais perto dele. É meio que ir no feelling, porque têm pessoas que a gente já percebe que dar um abraço vai ajudar o paciente a confiar na gente e a pessoa já chega mais leve no consultório, mas tem outros que o abraço pode ser invasivo demais. Parece uma valsa... tem que inventar na hora". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 31, SEMANA 3, ESTUDANTE M.).

"Eu nunca imaginei que eu me levantar da cadeira, ir até a porta e chamar o paciente e abrir a porta pra ele poderia dar tanta diferença no atendimento. A gente fala muito de humanizar a consulta, mas tem coisas que são muito básicas e fazem muito efeito, tipo dar bom dia, sorrir". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 40, SEMANA 1, ESTUDANTE E.).

Neste percurso de análise, observamos que muitos pacientes já chegavam com muitas inseguranças, algumas delas relacionadas com experiências anteriores ruins em consultas com diversos profissionais da saúde, o que produzia um certo receio de não receber o acolhimento adequado, de ser desacreditado ou invalidado já no momento inicial do atendimento. Notamos que os acadêmicos ficaram preocupados e se dedicaram para construir uma experiência de acolhimento desde o primeiro contato, fornecendo pistas de que estávamos interessados em tecer uma aproximação genuína e sincera com o paciente, operando numa horizontalização do encontro.

"Vocês viram como a paciente ficou quando eu perguntei onde ela queria sentar? Eu só disse que ela podia colocar a bolsa onde quisesse e escolher o lugar dela e ela meio que relaxou. Ela falou que não tava acostumada a ser bem tratada em consulta. Que bizarro... uma coisinha tão bobinha". (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 29, SEMANA 5, ESTUDANTE G.).

Os estudantes passaram a construir um repertório de atitudes que poderiam ser utilizadas como recursos para facilitar a invenção da aproximação com os pacientes, não como um modelo a ser seguido em todos os atendimentos e com todos os pacientes, mas como pistas que poderiam nortear a tecelagem da aproximação. Um destes recursos se mostrou de modo muito eficaz, permitindo nos humanizar e nos pessoalizar no encontro: os estudantes, quando se apresentavam, apontavam para o próprio nome bordado no bolso do jaleco e informavam que, caso o paciente se esquecesse seu nome, poderia "tirar uma colinha" lendo o nome registrado no jaleco. Pudemos observar que muitos pacientes fizeram uso deste recurso e, no momento em que compartilhavam alguma coisa, olhavam para o bolso do jaleco dos estudantes e os chamavam pelo nome a cada interação, o que permitiu diminuir a impessoalidade no encontro.

Torna-se importante destacar que o desafio de se conectar com o paciente é também atravessado pelas expectativas que este constrói em torno do encontro e que tais expectativas, por sua vez, impactam diretamente na satisfação com o atendimento recebido, na adesão ao tratamento e na continuidade na procura pelos serviços de saúde em contextos futuros

(Arakawa et al., 2012). São destacadas as expectativas baseadas na experiência, na comparação com atendimentos anteriores, nos ideais de tratamento a ser recebido e inclui o provável curso da queixa que o levou a buscar atendimento (Arakawa et al., 2012). A qualidade do atendimento em si é medida a partir de 2 variáveis: o desempenho do serviço oferecido e a ausência de deficiências do serviço (Furlan, 2011). Em alguns casos, as expectativas apontam o profissional como aquele que “resolveria os problemas”, que centralizaria o cuidado, que agiria de forma paternalista, que definiria o plano terapêutico, forneceria as orientações e explicações sobre como cuidar da saúde, que realizaria diagnósticos e que indicaria o plano de tratamento (Ferreira, Teixeira e Fidalski, 2024). Tais expectativas surgem antes do encontro e podem ser reforçadas ou desfeitas já no primeiro contato, antes do início do atendimento.

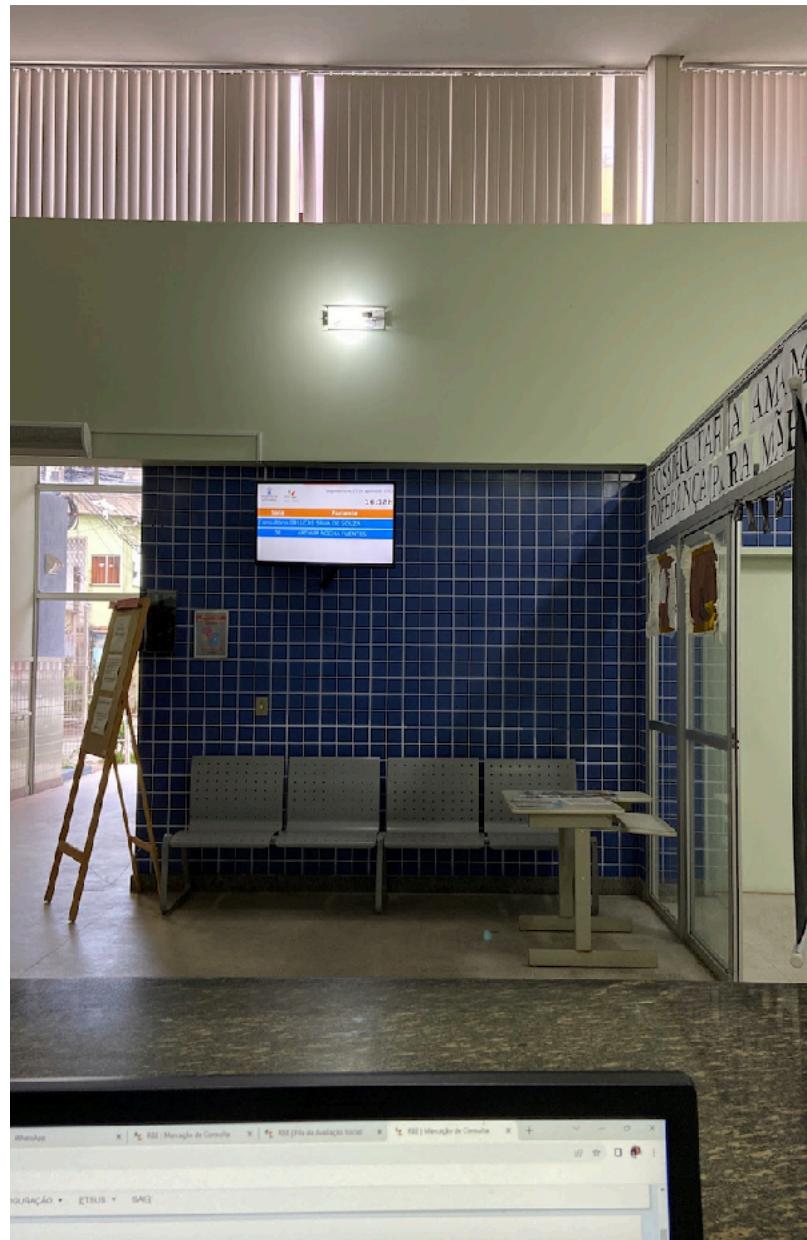


Figura 8: Recepção da UBSMO, lugar da abertura do encontro. Autor: pesquisador.

Os estudantes compartilharam que passaram a rastrear pistas verbais e não-verbais dos pacientes, como uma antena parabólica que realiza uma varredura (Kastrup, 2015), buscando compreender possíveis aberturas para se conectar e construir ações que aumentassem a sensação de ser acolhido e ouvido, mas também que reduzissem as chances do paciente se sentir não ser acolhido, desvalorizado, descredibilizado e desumanizado na experiência de encontro. Importante indicar que não buscávamos reforçar a crença de cuidado paternalista, focado no profissional, que coloca o paciente como passivo na relação de cuidado, mas nos interessava tecer uma aproximação com o paciente, desenvolver confiança e segurança para que este compartilhasse como se sentia, narrasse suas queixas que o levaram a buscar atendimento e inventar, com o paciente, o lugar dele como protagonista no atendimento; não bastava a execução de atitudes que poderiam melhorar a relação e tecer um vínculo humanizado, mas era indispensável fomentar o extermínio de atitudes que produziam o esvaziamento da relação ou a composição de um vínculo hierarquizado e mediado pelo poder especialista que subjugava o paciente (Penteado, Da Silva e Gonçalves, 2022).

4.2 A Invenção do vínculo terapêutico

“Eu amei muito esse atendimento. Quando ela entrou, tava super tímida, olhando pra baixo. Eu fiquei super curiosa com a cor do esmalte dela. Quando perguntei, parece que quebrou um gelo enorme” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 21, SEMANA 2, ESTUDANTE S.).

“Paciente criança é bem difícil de atender, porque parece que desconfiam de tudo. A gente é um bando de desconhecido... fica difícil um menino de 9 anos se sentir confortável assim, do nada. Ele tava com a camisa do Manchester e teve uma hora que eu perguntei se ele gostava do Hallard, do Manchester. O olhinho dele chegou a brilhar. Ele começou a tagarelar, respondeu tudo que a gente perguntou, falou pra caraca. O milagre o Manchester” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 25, SEMANA 1, ESTUDANTE K.).

No momento de supervisão, os acadêmicos compartilharam que sentiam que alguns atendimentos eram mais fáceis e outros mais difíceis, mas não sabiam dizer exatamente o que fazia com que a experiência se tornasse mais próxima com o paciente. Passamos a tentar compreender como as relações de vínculo se teciam e, para isso, nos lançamos no desafio de adentrar nos encontros como um estrangeiro (Diniz, 2008). Notamos que algumas estratégias que foram usadas para quebrar o gelo deixaram o atendimento mais descontraído. Os estudantes, quando se interessavam genuinamente por algo, compartilhavam com o paciente e não foi incomum conversas sobre esmalte, maquiagem, lojas de roupas, cabelo, músicas, filmes, passeios para fazer no final de semana, o último jogo de futebol, dentre outras temáticas que não tinham uma relação direta com a queixa do paciente, mas que surgiram no encontro e auxiliaram diminuir a relação verticalizada que existe em um espaço de cuidado.

Na experimentação do encontro como estrangeiros, os estudantes compartilharam que entenderam que não era suficiente ser educado e gentil para estabelecer uma aproximação; havia uma relação enrijecida que se colocava entre profissionais e pacientes, balizando os espaços e papéis de cada um, estabelecendo uma linha que delimitava até onde a aproximação poderia acontecer e dificultando a construção de uma experiência mais próxima e de confiança com o paciente, tornando o atendimento impessoal e distante; para que as

estratégias de construir um vínculo com o paciente funcionassem, se tornava fundamental estar em um plano comum, de aproximação, fomentando uma comunicação bidirecional, fundamentada no legítimo interesse de ouvir, fornecendo pistas de que estamos empenhados em construir uma experiência de segurança no atendimento (Koroiwa, Duarte, Cunha e Dias, 2018; Temperly, Junior e Silva, 2021; Penteado, Da Silva e Gonçalves, 2022).

Entendemos que a construção de vínculo perpassa aspectos ligados à horizontalidade no atendimento; em muitos casos, o atendimento em saúde é atravessado modulado por uma verticalização, pelo poder da especialidade, pela posição do profissional como detentor do conhecimento e a posição do paciente como alguém sem saber e razão e que, por isso, deve se submeter passivamente aos cuidados do profissional. Compreendemos que à medida em que receitávamos a nós mesmos no atendimento, diminuíamos os distanciamentos com os pacientes e tecíamos aproximações, numa construção recíproca do encontro, numa experiência afetiva de interesse em cuidar, nos mostrando como pessoas que se importavam em ouvir o que o paciente tinha para falar e nos importávamos com sua vida e saúde, o que auxiliou na tecitura da aproximação.

“Eu tava escrevendo meu diário e fui pesquisar um pouco sobre vínculo pra colocar no diário. Eu li sobre tecnologias leves e percebi que era basicamente o que a gente tentava fazer pra ter uma experiência mais próxima e humanizada com os pacientes” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 42, SEMANA 4, ESTUDANTE J.).

Como dito em Jornadas anteriores, as tecnologias leves são um conjunto de estruturas de cuidado, de atitudes e comportamentos ligados ao acolhimento, ao vínculo e à comunicação com o paciente, permitindo construir humanização na relação de cuidado à saúde e enfrentar a relação verticalizada (Santos, 2021; Coelho e Jorge, 2009). Não se trata apenas de ser educado, mas de tecer, em ato, no momento de encontro, estratégias que permitem superar o atendimento mediado pela normatização, padronização e impessoalidade (Coelho e Jorge, 2009; Santos, 2021; Sodré e Rocon, 2023). Além das tecnologias leves, a construção de um *rappoport* também favoreceu com que a experiência de vínculo fosse construída de modo mais potente. Os estudantes compartilharam que, no momento em que se dirigiam ao paciente com uma postura mais acolhedora, olhando nos olhos, com atenção especial ao tom de voz utilizado, aos gestos e comportamentos, a experiência de conexão se tornava mais facilitada. *Rappoport* é uma palavra francesa que significa “relação”, a conexão emocional entre profissionais e pacientes, estabelecida no momento de encontro, fazendo uso de tecnologias leves (Alexandre et al, 2019).

Importante destacar que o estabelecimento do *rappoport* demandou entrega no encontro e compreender as forças que teciam aproximações e distanciamentos, inventando brechas para construir uma aproximação com o paciente, numa espécie de devir-cuidado. O devir, no contexto do encontro, é uma força de reinvenção da experiência de atendimento, como um movimento capaz de ultrapassar a configuração impessoal e neutra do encontro, rompendo a estrutura rígida que circula e interfere na relação entre profissionais e pacientes e permitir criar novos modos de aproximação, de ouvir, examinar e de estar em consulta, de escapar de estruturas duras e mecânicas e tecer atitudes que viabilizem uma aproximação humanizada, em um plano horizontal, afirmando a diferença entre pacientes e profissionais-estudantes, mas diminuindo o eixo de verticalização à medida com que se inventa encontros em um plano comum, a partir do uso de ferramentas de cuidado que permitem arquitetar um cuidado humanizado (Deleuze e Guattari, 2003; Romagnoli, 2009; Gomes Júnior e Rocinholi, 2021).

4.3 A oferta de acolhimento e objetivos do atendimento/aliança terapêutica

Instalamos um cartaz na entrada da UBSMO, divulgando a oferta de acolhimento e descrevendo os objetivos, os participantes-terapeutas e o modo de inscrição. Entretanto, os estudantes observaram que o comportamento dos pacientes demonstrava que nem sempre havia um entendimento do que poderíamos desenvolver no atendimento. Além disso, dos 137 pacientes acolhidos, 42 chegaram até nós munidos de um encaminhamento para acolhimento psicológico produzido por outro profissional.

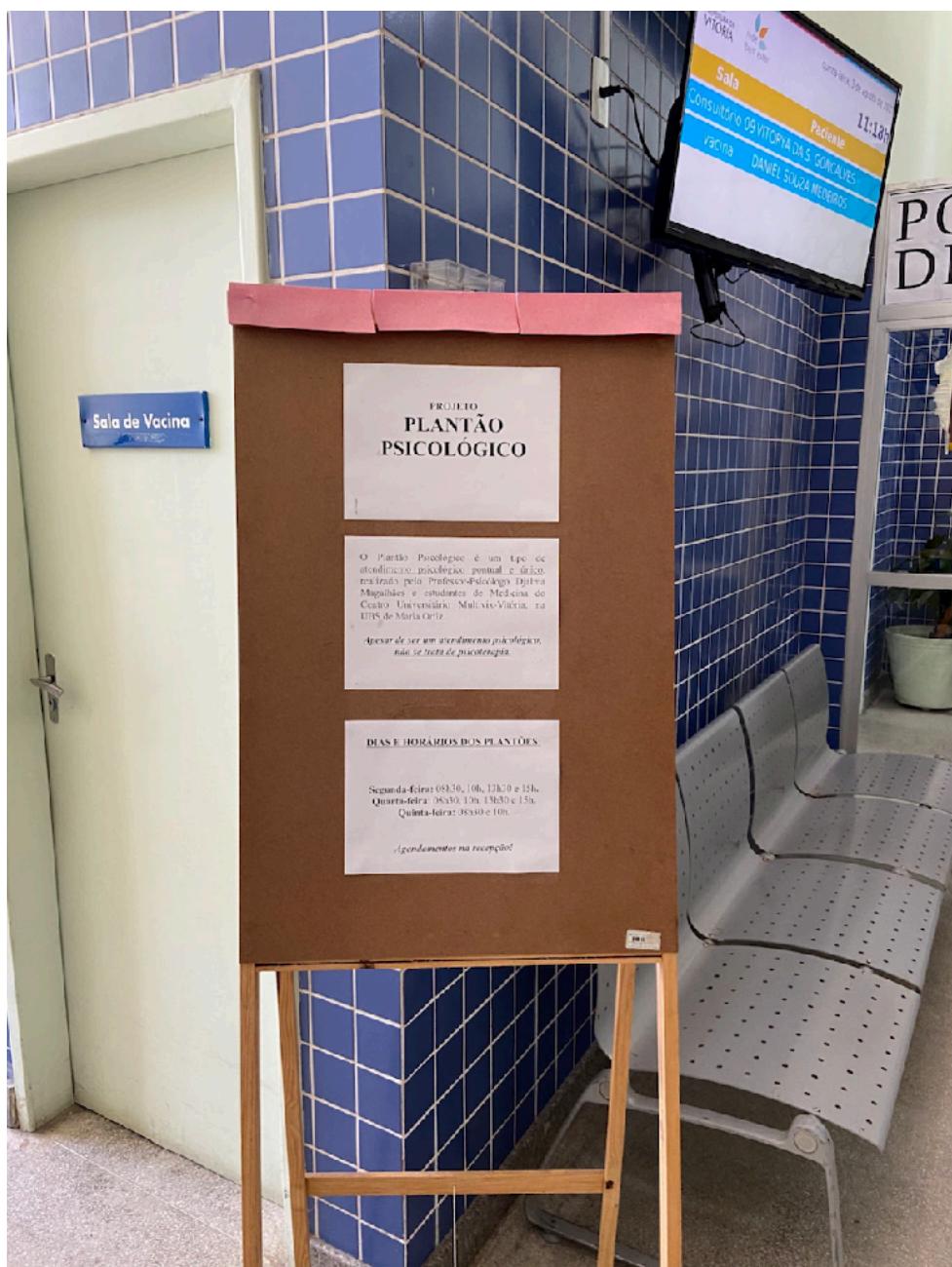


Figura 9: Cartaz de divulgação do acolhimento psicológico na entrada da UBSMO. Autor: pesquisador.

“Eu não sei se fui a única a perceber isso, mas eu reparo que a maioria dos pacientes quando senta aqui com a gente, não tem a menor ideia do que a gente faz. Parece que viram o cartaz divulgando o atendimento e só se inscreveram sem nem ler.” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 38, SEMANA 2, ESTUDANTE A.).

“Quando a gente começa o atendimento já explicando a nossa proposta, parece que faz mais sentido, porque o paciente consegue avaliar se ele quer esse tipo de atendimento e se é suficiente pro que ele tá buscando” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 17, SEMANA 2, ESTUDANTE F.).

Os acadêmicos compreenderam que era necessário realizar uma apresentação da nossa proposta logo na abertura do encontro, na recepção do paciente, numa composição semelhante ao que seria, em um atendimento psicológico, a uma aliança terapêutica (AT). A AT é compreendida como a relação de trabalho estabelecida entre um paciente e um terapeuta, implicados em um processo terapêutico colaborativo; envolve elucidar e esclarecer os papéis e responsabilidades de cada componente dentro do processo de cuidado, o vínculo entre os envolvidos e os objetivos do processo terapêutico (Oliveira e Benetti, 2015; Maia et al., 2017). No nosso caso, logo no início do encontro, os estudantes se apresentavam para o paciente e já iniciavam uma breve exposição que incluía os objetivos do atendimento, a duração média do encontro, o fato de se tratar de um atendimento pontual e não de um acompanhamento, incluindo ainda esclarecimentos sobre sigilo e confidencialidade, a ausência de um roteiro para nortear o atendimento e a ênfase do encontro no protagonismo do paciente para escolher compartilhar o que quisesse. De modo coletivo, os grupos desenvolveram um modo de realizar a apresentação para os pacientes, o que permitiu elaborar uma espécie de roteiro para compartilhar as informações da aliança terapêutica.

“Seja bem-vinda/bem-vindo. Eu me chamo (nome de quem realiza a apresentação). Eu sou estudante de medicina e eu estou aqui com meus colegas e o professor, que é psicólogo, e nós vamos te atender em grupo. Vou te explicar como funciona o atendimento pra você se sentir mais confortável e usar esse espaço da melhor forma possível. Trata-se de um atendimento único. A gente pode te atender outra vez, mas nós não criamos o compromisso de que os encontros aconteçam com regularidade. Nossa atendimento pode durar até (dizer o horário máximo). Uma coisa muito importante: a gente faz um registro por escrito do atendimento, mas você pode se tranquilizar. Nenhuma informação pessoal sobre você, como seu nome ou seu endereço ou qualquer informação que te identifique vai ser divulgada. Nós fazemos um registro para discutir o que você falou, mas também discutimos outros aspectos do atendimento. Então não precisa sentir que estamos te observando ou te analisando. Pode relaxar! É importante ressaltar que você pode pedir para não registrar alguma fala que possa lhe trazer desconforto ou constrangimento. Outra coisa importante: você pode compartilhar o que você quiser. A gente costuma dizer que o atendimento é como um teatro ou um filme e você é a(o) protagonista. A gente vai te acompanhar por onde você nos levar. Nós não temos um roteiro pré-estabelecido, com perguntas ou tópicos. Se a gente fizer alguma pergunta e você não se sentir confortável para responder, não tem problema. Podemos falar de outro assunto. É importante destacar que as únicas informações que nós tivemos sobre você antes do encontro é o seu

“nome, sua idade e onde você mora. A única pergunta que a gente faz igual para todos os pacientes é a primeira: o que aconteceu na sua vida, ou o que você pensou, viveu, sentiu, experimentou, refletiu e que te fez pensar que seria importante vir para o atendimento conosco?” (DIÁRIO DE BORDO, PESQUISADOR).

O estabelecimento de um acordo terapêutico logo no início do encontro possibilitou que pacientes e estudantes mergulhassem na jornada de cuidado compreendendo o papel de cada um no encontro. Dos 42 pacientes que chegaram munidos de encaminhamentos, 31 pacientes informaram que o objetivo do nosso atendimento não contemplava o que os seus encaminhamentos solicitavam; 4 pacientes recusaram o atendimento (1 solicitação de avaliação psicológica para cirurgia bariátrica, 1 solicitação de avaliação para afastamento no trabalho e 2 solicitações de psicoterapia). Os outros 27 pacientes, no momento de encontro, compartilharam que gostariam de aproveitar nossa oferta para compartilhar sobre seus afetos, pensamentos, experiências e tecer novos enfrentamentos para os desafios da vida, compondo, no momento de encontro, aquilo que gostariam de compartilhar.

4.4 A Construção de métodos de escuta/expressão

Nem sempre os pacientes chegavam no atendimento sabendo o que gostariam de compartilhar. Alguns estudantes observaram que muitos pacientes queriam participar do encontro, mas não sabiam o que gostariam de dizer ou como dizer. Alguns compartilharam que tinham dificuldades de entrar em contato com os próprios afetos por viverem em contextos que os impediam de expressar o que sentiam, demandando que “engolissem” afetos e pensamentos. Outros pacientes também, logo no início do encontro, eram mobilizados por choro intenso e por dificuldades de reconhecer o que produziu tal estado. Demandou que criássemos estratégias para que os pacientes tivessem condição de expressar como se sentiam, inventar linhas de expressão afetiva e, nesta expressão, fabricar os caminhos por onde poderíamos percorrer durante o acolhimento.

“Ela não falou tanto, mas deu pra perceber que ela foi se dando conta de um monte de coisa que nunca tinha pensado. A gente tem que abrir mão dessa ideal de paciente que já sabe de todas as respostas. Tem que ajudar a falar” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 16, SEMANA 2, ESTUDANTE E.).

“Eu percebi que ela precisava muito falar várias coisas e eu acho que ela não falaria sobre isso tudo em outra consulta” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 16, SEMANA 3, ESTUDANTE A.).

“Às vezes o atendimento é pro próprio paciente se ouvir. Nem é sobre o que a gente pode perguntar a ele” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 24, SEMANA 3, ESTUDANTE D.).

Como cartógrafos, nos inserimos numa rede em acontecimento, mergulhando nas intensidades e nos processos que emergem no momento de encontro, permitindo construir passagem para os afetos, expressões e sentidos que pediam expressão, mas que se encontravam contidos e, por isso, não eram compartilhados (Corrêa, 2006; Rolnik, 2006). Em determinado momento, os estudantes narraram, em supervisão, que entenderam, durante os atendimentos, que nem sempre o encontro seria para o paciente compartilhar um discurso pronto sobre como se sentia, mas que este teceria, no próprio encontro, aquilo que gostaria de

dizer e compartilhar, evidenciando que o processo de cuidado era também o lugar de passagem e de olhar para o que se sentia (no corpo e nos afetos).

No desafio de inventar métodos para escutar o paciente, lançávamos mão de ferramentas para facilitar a expressão dos pacientes e notamos que algumas produziram efeitos de dispositivo; compreendemos dispositivo como máquinas de fazer ver e falar, que articula discursos, instituições, decisões, pensamentos, proposições filosóficas, morais, organizações arquitetônicas, dentre outras que afetam e articulam modos de sentir e viver a vida, ou seja, capaz de desembaraçar linhas que compõem aquilo que buscávamos ouvir e acolher dos pacientes, como uma máquina que agencia e articula processos, dando conta de expressá-los (Hur, 2009; Hur e Viana, 2016; Hur, 2019). Ao lançarmos mão de diversas atividades para inventar linhas de escuta dos pacientes, algumas atividades tiveram efeitos de dispositivos: pedimos para pacientes realizarem desenho livre, composição de poesia; alguns pacientes colocaram uma música que expressasse o que o estavam vivendo, permitindo, em seguida, narrar como se sentiam; tivemos um encontro em que um paciente colocou um instrumental no celular e compôs um Trap (subgênero do rap), de maneira espontânea, no momento do atendimento, expressando musicalmente aquilo que teve dificuldades de narrar verbalmente.

Para ilustrar: atendemos um paciente, que chamaremos de Vinícius, de 6 anos, que veio trazido pela mãe após se envolver numa briga na escola. No início do encontro, Vinicius ficou muito quieto, respondendo pontualmente. Em atendimentos realizados com crianças, nem sempre o paciente foi levado espontaneamente e não foi incomum que a queixa fora identificada por terceiros, como no caso do Vinícius. Muito timidamente, Vinícius contou que gostava de andar de bicicleta sem rodinha e que nunca caía da bicicleta; quando caía, se trancava no quarto para chorar. Gostava de brincar de cartinha, de “bafo-bafo” e nunca perdia. Gostava da aula de Educação Física e, novamente, disse que sempre estava no time que não perdia, pois era o melhor jogador. Ficamos intrigados com a narrativa de Vinícius e pedimos que fizesse um desenho e contasse o que desenhou em seguida.

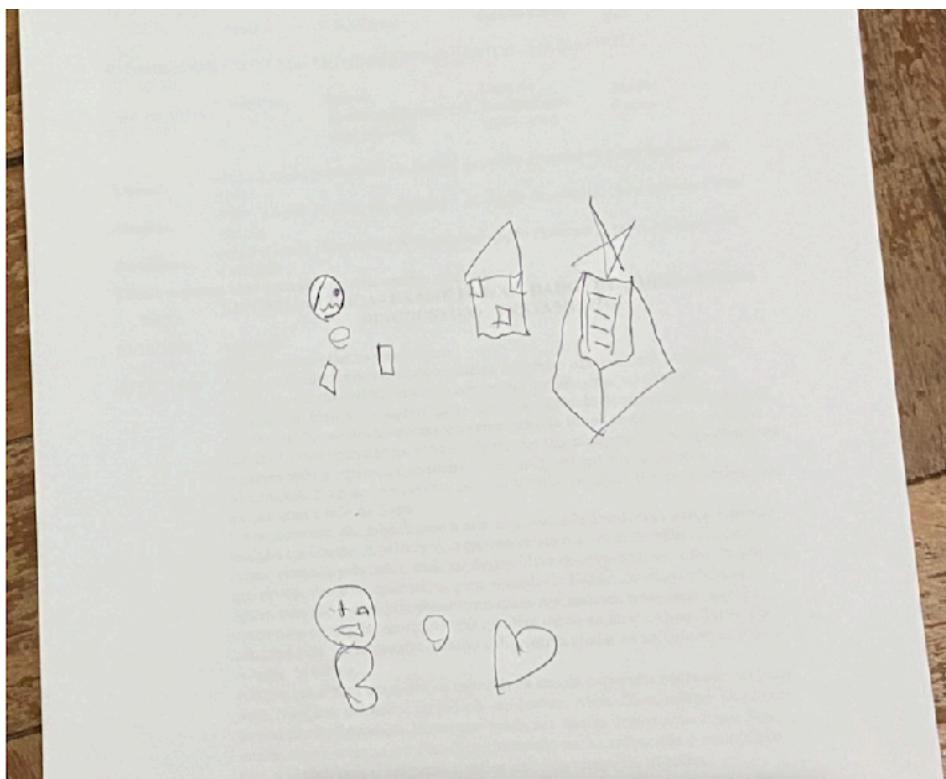


Figura 10: Desenho sobre como se sente. Paciente Vinícius, Grupo 8. Foto: Autor.

Vinícius nos contou que desenhou um homem morto, seu tio, que faleceu de Covid-19, há poucos meses. Disse que se sentia muito triste com a perda, mas não compartilhava com ninguém que se sentia mal, pois não queria ser visto chorando. Contou que tinha medo que rissem dele, então chegava em casa, almoçava, lavava a louça, colocava a roupa pra lavar, estendia a roupa no varal e, quando terminava suas tarefas, trancava a porta e chorava sozinho no quarto. Disse que não deixava que ninguém o ajudasse, pois tinha medo de demonstrar fraqueza. Compartilhou que tinha dois alunos na sua turma que não gostavam dele e, sempre que chegava atrasado na escola, era recebido com socos pelos dois. Já havia denunciado para a professora, mas os episódios se repetiam. Sobre os atrasos, disse que esperava seu pai chegar em casa para dormir. O pai trabalhava em 3 empregos, então Vinícius passava a maior parte do dia sozinho; sempre ouvia do pai que precisava ser responsável, errar o mínimo possível e cuidar da casa. Vinícius contou que se atrasava para a escola, porque esperava o pai para dormir, pois o pai tinha medo de aranhas e Vinícius sentia que precisava o proteger dos perigos.

Reconhecemos que um dos objetivos do atendimento era produzir possibilidades para o paciente narrar aquilo que estava sentindo e vivenciando em sua vida e, no caso acima, isso foi possibilitado pelo desenho, que funcionou como uma maquinaria de expressão, como um registro existencial, a partir de uma máquina de fazer falar. O desenho funcionou como instrumento de engendramento, que permitiu articular as forças que produziram o comportamento de Vinícius (como a necessidade de ser responsável pelos cuidados da casa, de não poder errar, de não demonstrar fragilidade, de cuidar do pai, de ser responsável), mas também os enfrentamentos usados por ele (como chorar sozinho trancado no quarto ou não compartilhar suas dores). Lançar mão do desenho permitiu que inventássemos uma forma de narrar aquilo que se vivia e que poderia ser elaborado, repensado e reconstruído. Neste caso, somente a partir do desenho, pudemos nos aproximar de Vinícius, escutá-lo e acompanhar a processualidade em torno de sua narrativa.

Com isso, foi possível tecer um espaço de escuta e, a partir do acolhimento, compreendermos suas queixas, suas vivências em casa e na escola, acolher seus afetos sobre a perda do seu tio, sobre seus desafios com a violência na escola, dentre outros, permitindo, além de acolher, que inventássemos linhas de fuga, alternativas, saídas, novos percursos da vida, novas possibilidades que escapassem do modo de vida estacionado na não-expressão daquilo que se sentia, na rigidez de viver na busca pelo modelo de criança que não erra, que não chora, que não se fragiliza, que não cai da bicicleta; a partir do favorecimento da expressão no atendimento, foi possível que elaborássemos novas ferramentas que permitiam libertar as singularidades silenciadas e docilizadas, inventando novos sentidos sobre a vida a partir da escuta e do acolhimento (Corrêa, 2006; Deleuze e Guattari, 2011; Barros e Kastrup, 2015; Hur, 2019).

4.5 A Identificação da demanda

Levando em consideração que, na maioria das vezes, nossos pacientes construíram aquilo que gostariam de compartilhar conosco no exato momento de encontro, os estudantes compreenderam que nem sempre a queixa “viria pronta”, o que demandou que repensássemos

e inventássemos nossos modos de investigação *in loco*. A ausência de um roteiro pré-estabelecido para nortear o atendimento fez com que precisássemos explorar de modo cuidadoso aquilo que o paciente compartilhava, pois nós não queríamos, por nós mesmos e com base no nosso próprio julgamento, selecionar aquilo que seria mais ou menos importante para discutir no atendimento, uma vez que o protagonismo no atendimento era do próprio paciente.

Para ilustrar: nós recebemos uma paciente, que chamaremos de Amanda, que veio recomendada pela Fonoaudióloga e pela Ginecologista da unidade. Amanda já fazia acompanhamento com o grupo de Tabagismo, mas descobriu que estava grávida de 8 semanas e compartilhou essas informações no início do atendimento. De imediato, os estudantes fizeram muitas perguntas focadas especificamente no hábito de fumar, como se este fosse o âmago do encontro. Logo no final do atendimento, nos dedicamos a compartilhar como foi o encontro com nossa paciente.

A primeira estudante indagou: “*A Amanda tava falando tanta informação e eu fiquei com muita dificuldade de sair do modelo de consultório, principalmente quando ela falou do tabagismo. Me veio muitas perguntas que a gente faria numa anamnese clássica: quantos cigarros fuma por dia? Qual marca? Como avalia o grau de dependência?*”; a experiência de dificuldade foi completada por duas acadêmicas: “*Eu fiquei com a mesma impressão. Falou ‘tabagismo’ e eu quase virei uma chavinha da anamnese. É difícil a gente repensar esse modo de ser objetivo, principalmente quando o paciente tá falando muita coisa*”; “*Eu já estava pensando em falar de exercício físico, de medida não farmacológica. Depois que eu parei e pensei: espere ai, vamos com calma*”. Em determinado momento, os estudantes começaram a compreender o efeito de abandonar o manejo tradicional e mergulhar naquela experiência, elaborando as perguntas que permitiriam Amanda se expressar livremente: “*E foi só quando a gente parou pra ouvir, além do tabagismo, que ela foi se abrindo. Ela entrou tão equilibrada e estável. Eu pensei: o que há de errado com ela? A gente faz a anamnese tão automática que nem vê a pessoa*”. Uma estudante respirou fundo e compartilhou: “*Quando ela começou a falar mais livremente, eu pensei: é um universo de pessoa*”. O único rapaz do grupo completou: “*Se a gente não fizesse um encontro aberto, as perguntas da anamnese não chegariam na profundidade da escuta que ela precisava*”. Finalizando o relato sobre a experiência com este caso, dois estudantes disseram: “*Foi bom não ter olhado o prontuário antes, senão ela seria logo a Amanda-grávida-fumante*”; “*Por isso o professor fala sobre o olhar do estrangeiro. Agora fez total sentido*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 11, SEMANA 1, PESQUISADOR).

No momento em que fizemos uma suspensão das perguntas focalizadas no tabagismo, pudemos acompanhar melhor a processualidade que envolvia aquilo que levou Amanda para o nosso encontro e identificar a queixa mais urgente que poderíamos trabalhar juntos. Suspender o foco atencional nos permitiu compreender uma dinâmica complexa que Amanda estava vivendo e que só foi possível ouvir quando adotamos uma atenção aberta e sem foco específico. Pudemos identificar que a entrada no atendimento nos demandava lançar um olhar desnaturalizado, que não selecionava apressadamente o foco da atenção, adotando uma espécie de atenção cartográfica, a partir de 4 gestos: rastreio, toque, pouso e reconhecimento

atento (Kastrup, 2015; Kastrup, 2019). Inicialmente, ouvíamos os pacientes com atenção concentrada e aberta, numa espécie de varredura sem alvo definido, de modo assistemático. Em algum momento, algo se destacava na fala do paciente, convocando um certo foco atencional, o que poderia indicar uma processualidade em curso. No caso de Amanda, no momento em que os estudantes suspenderam a atenção e passaram a ouvir assistematicamente, algumas informações convocabam um certo foco atencional: Amanda fumava quando se sentia ansiosa, tinha uma vida muito corrida, não conseguia descansar e se pressionava demais para realizar tarefas.

Somente ao ouvir de modo assistemático, os estudantes puderam compartilhar que ficaram intrigados com certas falas e perguntaram se poderiam ouvir mais a respeito, num gesto de reconhecimento atento, se inclinando intencionalmente para ver o que produziu a mudança da janela atencional de aberta e sem foco específico para concentrada e focada. Amanda contou que estava vivendo dois lutos: a perda do pai, de COVID-19, e da cachorra, envenenada. Disse também que se sentia culpada por não ter conseguido salvar os dois e já havia tentado suicídio no ano passado. Tem uma irmã com esclerose múltipla em grau avançado, dependente de cuidados. Precisou assumir as responsabilidades financeiras da família com a morte do pai. Não conseguia desabafar com ninguém e guardava tudo para si. Na maior parte do tempo, se sentia uma panela de pressão, a ponto de explodir. Sentia que não conseguia ser frágil e precisava ser boa em tudo. Contou, por fim, que se pressionava para ser impecável no trabalho e nos vínculos. Tinha medo de não conseguir dar conta da gestação e não ser uma boa mãe, pois não conseguiu ser boa com o pai e com a cachorra.

No final da supervisão, ouvimos o relato: “*agora eu percebi que o encontro se faz no encontro mesmo! A gente só consegue identificar a queixa se ouve sem essa inclinação*”. Outro acadêmico compartilhou: “*eu queria já saber o que falar pro paciente antes mesmo da consulta começar. Eu fico tentando prever pra estar preparado pra tudo, mas não adianta, porque descobri que a primeira coisa que eu tenho que fazer é ouvir sem foco especificado*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 3, PESQUISADOR).

Atendemos uma paciente, que chamaremos de Hosana, que nos procurou recomendada pela ginecologista, pois estava com princípio de anemia. Por não se sentir motivada com a vida e com o trabalho, se alimentava mal. No momento do encontro, 10 dias após o agendamento, percebemos que Hosana chegou apática e olhando para baixo. Quando perguntamos o que ela gostaria de compartilhar conosco, Hosana começou a chorar energicamente e disse: “*hoje completa 10 dias da morte do meu pai e meu namorado, meu único suporte, foi preso injustamente. Não posso nem chorar, porque não posso demonstrar fraqueza na frente da minha filha. Guardo tudo pra mim, porque não quero dar trabalho pros outros*”. Ao longo do atendimento, pudemos reconhecer que a demanda principal, além do luto, se relacionava com a dificuldade de construir uma rede de cuidado e compartilhar suas fragilidades. No final do encontro, Hosana disse: “*eu pensei que eu fosse chegar aqui pra falar do desânimo com o trabalho, mas aconteceu tanta coisa e eu só fui colocando pra fora. Eu nem conseguia perceber que tinha tanta coisa acontecendo... fui falando e me ouvindo. Acho que preciso me abrir mais com as pessoas, falar com minhas amigas, ser abraçada, cuidada, confortada,*

receber carinho. Passei a vida inteira sendo cobrada pra cuidar de tudo... preciso ser cuidada agora" (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 9, SEMANA 5).

Pudemos compreender que as queixas foram construídas no momento em que os pacientes encontraram um espaço de escuta e acolhimento, o que nos indicou a necessidade de não apenas suspender a atenção focalizada, mas de reconhecer que existiam processualidades em curso que só poderiam ser acompanhadas no momento em que as inclinações deliberadas e voluntárias dos estudantes foram substituídas por um rastreio desnaturalizador, que buscava observar e escutar de modo curioso, apreendendo materiais que estavam fora do habitual, como estrangeiro, de modo sensível e atento ao encontro.

4.6 O Mapeamento dos fatores produtores da demanda

Escutar com atenção e sem foco específico nos permitiu reconhecer uma série de situações que aconteciam com os pacientes e que impactavam nas queixas que eram compartilhadas nos atendimentos. Em diversos momentos, os estudantes ouviam os pacientes e reconheciam que estes se sentiam ansiosos, tristes, preocupados, perdidos, pressionados, dentre outros estados psicológicos e de humor. Entretanto a identificação da forma com que o paciente se apresentava no atendimento e na vida não era suficiente para reconhecermos a articulação dos fatores que produziam aquelas queixas, tampouco para auxiliar na construção de enfrentamentos alternativos para os desafios narrados pelos pacientes.

Nossa paciente contou que sentia muita dificuldade de falar sobre si mesma; se sentia engasgada e trancada na própria vida. Não sabia dizer “não” e ficava muito mal por não conseguir colocar limites. Uma das estudantes perguntou: “*o que você acha que tem acontecido e que tem deixado você desse jeito?*” Na resposta, disse que tinha medo de denunciar a violência psicológica que vinha sofrendo dos colegas do trabalho, de ser desacreditada pelo chefe e ser demitida (era chamada de lerda, idiota, sapatão, imbecil); com isso, acabava não contando pra ninguém. Outro acadêmico indagou: “*isso de não contar pra ninguém é comum em outros aspectos da sua vida?*” Ela contou que guardava tudo para si desde sempre: foi casada com um homem e sofreu violência doméstica por 14 anos, em silêncio; o marido a trancava em casa com os filhos e passava o dia inteiro fora. Contou que só se casou por obrigação da família, para mostrar que estava no ‘caminho certo’ (disse, em outro momento, que o “caminho certo” para sua família era ser uma mulher heterossexual). Atualmente, está em uma relação homoafetiva, mas nunca conseguiu compartilhar com ninguém, pois a família não aceitaria. Não conseguia se entregar para o relacionamento, sentia medo de decepcionar a namorada e a família e não superar as expectativas. Contou que a mãe só a receberia de volta em casa, caso ela deixasse de ser ‘esse tipo de pessoa’ (lésbica). Pudemos refletir um pouco a respeito da expectativa que as pessoas tinham sobre ela e o quanto isso poderia dificultá-la a viver uma vida mais leve. Ela nos contou que gostaria de voltar no tempo, aos 19 anos, para não se casar e poder ser quem gostaria de ter sido, se recusando a viver a vida que os pais quiseram para ela. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 22, SEMANA 2, PESQUISADOR).

Para nós, não era suficiente reconhecer o estado que a paciente se encontrava, ou seja, se estava ansiosa, triste, deprimida, cansada. Nossa interesse era inventar modos de vida alternativos, catalisar processos de saúde e, para isso, precisávamos acompanhar processos e não nos ater a representar formas (Barros e Kastrup, 2015). Munidos de uma atenção aberta, fazendo uso de uma escuta desnaturalizadora e experimentando o encontro com estranhamento, pudemos enxergar que, para além de categorias fixadas (a paciente depressiva, o psicótico, a ansiosa, o esquizofrônico, o hiperativo), havia uma série de fatores/forças que se faziam presentes na vida dos pacientes e que impactavam na produção de seus modos de existir (Kastrup e Barros, 2015, pista 4). A respeito do caso descrito acima, ao acolhermos a narrativa daquela paciente, pudemos reconhecer que havia uma “forma produzida”, ou seja, sendo uma mulher que tinha dificuldades de falar sobre si, que sentia muito medo de fazer escolhas e que vivia sem liberdade. Entretanto, no decorrer do encontro, surgiu a necessidade de acompanhamos os movimentos que constituíam essas formas de viver, dando conta de mapear as forças/fatores que as produziam.

No momento de supervisão, os acadêmicos pegaram uma folha de papel e começaram a tecer uma espécie de mapa mental sobre o que ouviram da paciente, buscando entender o que acontecia e que produzia essas dificuldades relatadas. A primeira estudante disse: *“ela disse que chorava por qualquer coisinha, mas é um acúmulo de situações, onde ela não coloca pra fora e desorganiza a saúde inteira. Vai tudo se sobrepondo”*. Outra estudante completou: *“ela disse que nunca explodiu, mas estava chegando no limite... e é complicado pra quem guarda tudo”*. Uma terceira acadêmica pega uma caneta e escreve ‘sexualidade’ no papel e diz: *“ela viveu uma vida que não queria, uma sexualidade que não queria, reprimiu tudo que ela quis viver. E ela foi reprimida desde sempre, só viveu repressão. Faz sentido ela não saber como fazer escolhas, como colocar limites”*. Outro estudante escreveu ‘identidade’ e disse: *“ela está perdida na identidade e não conseguiu viver a vida que gostaria, ser quem gostaria e hoje tem muito medo de se expor. E fora esse histórico ser obrigada a casar, as violências do marido, ser trancada em casa, apanhar, ser obrigava a ter relação sexual. Faz sentido os receios de se conectar com a namorada, de ter dificuldades de sentir saudades”*. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 22, SEMANA 2, PESQUISADOR).

Os estudantes narraram que reconheceram a existência de dois planos presentes na fala da paciente: o plano das formas, que correspondia aos estados definidos, constituídos pela representação da realidade (nesse caso, a forma-ansiosa, forma-dificuldade-de-colocar-limites, a forma-vida-entorpecida, forma-reprimida) e o plano das forças que, diferentes das formas, são móveis, sem natureza fixa, que atravessavam e constituíam direções e posicionamentos para a vida (nesse caso, a força-expectativas-dos-pais, a força-casamento-compulsório, a força-não-poder-ser-quem-gostaria-de-ser, força-não-pode-ser-lésbica); a partir da elaboração do mapa mental sobre os conteúdos narrados pela paciente, pudemos reconhecer que a realidade vivida por nossa paciente era produto da articulação do plano das formas e das forças (Escóssia e Tedesco, 2015). Nossa interesse passou a ser investigar e reconhecer as queixas dos pacientes, dando conta de mapear os fatores que as produziam e, para isso, se tornava indispensável identificar as formas que os pacientes se apresentavam na vida e tecer um mapa acerca das forças que as produziam (forças de ordem psicológica, comportamental, afetiva, familiar, social, religiosa, política, moral, econômica, cultural,

dentre outras), acompanhando também a processualidade dinâmica que articulava as forças e as formas. Com isso, o exercício de reconhecer a queixa do paciente foi construído a partir da cartografia da articulação processual entre as forças que compunham a realidade do paciente e que engendravam as formas de viver a vida.

Ao longo da oferta de atendimento, dedicamos um considerável tempo discutindo a respeito das forças que atravessavam a vida dos pacientes e constituíam suas experiências, produzindo as queixas que eram compartilhadas conosco. O movimento de reflexão permitiu que surgisse uma série de indagações: “essas queixas, compartilhadas por esses pacientes possuem natureza individual ou tem parâmetros coletivos, compartilhados por outras pessoas? A forma que o paciente se apresenta é produto da articulação de quais vetores-forças? Essas forças correspondem a quais fenômenos?” Não queríamos isolar o discurso dos nossos pacientes das articulações históricas, sociais, políticas, de gênero, sexualidade, raça, econômicas, dentre outras; pelo contrário, nos implicávamos em articular as conexões das narrativas dos pacientes com o mundo, construindo a rede de forças presentes na vida social que impactavam e modulavam o movimento de construção da vida (Barros e Kastrup, 2015). Compreendemos que a queixa do paciente era desencadeada e/ou agravada por fatores de ordens diversas, tornando necessário reconhecer os fenômenos que impactam nessas vivências e auxiliar a compreensão das demandas de maneira crítica, dando conta de construir assistências contextualizadas (Antunes et al., 2022).

Para ilustrar: acolhemos uma criança de 10 anos, Icaro, cuja mãe acreditava que o filho tinha Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que estava com atraso no desenvolvimento e que não estava sendo escolarizado adequadamente. À sós, Icaro contou que não gostava de estudar, porque sua mãe o mudou de escola 4 vezes no último ano; disse que a mãe sempre brigava com a direção da escola, com os professores, com a coordenação e com outros pais de alunos. Contou que tinha notas boas, que participava das aulas, conseguia demonstrar suas emoções de modo adequado, compartilhou que sofreu bullying por um breve momento na escola e que conseguiu criar estratégias adequadas para superá-lo e se conectar com colegas de turma, apesar de ser novo na escola; conversava bastante com os colegas, se sentava no fundo para fazer bagunça e adorava fazer ‘guerra de bolinha de papel’ com os colegas; sentia que sua mãe se preocupava demais e tentava controlar todas as coisas.

Ao final do atendimento, no momento de supervisão, uma estudante compartilhou: “*O Icaro tem TDAH? Ou será que está com dificuldades de aprender por ter sido mudado de escola um monte de vezes?*”. Outra estudante completou: “*Do jeito que a mãe falou dele, parecia que ele não sabia ler, não sabia escrever, não tinha amigos e estava com uma atraso total do desenvolvimento. Ele parece que está tentando se adaptar nessa nova escola, depois de ser trocado tantas vezes. Ele mesma disse que tinha receio de se aproximar muito dos colegas, fazer amizades mais fortes e ter que abandonar os vínculos, caso a mãe decidisse trocar novamente a escola*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 12, SEMANA 1, A.).

Ao seguirmos na perspectiva da produção da queixa como uma processualidade, marcada pelos atravessamentos de diversas forças e que engendravam os modos de existir que teciam as queixas (Barros e Kastrup, 2015), esbarrávamos na necessidade de compreender o contexto ao qual o fenômeno compartilhado pelos pacientes foram produzidos e, no caso do Icaro, compreender os influências individuais, familiares, relacionais, escolares, dentre outros. Não objetivávamos traçar um paralelo entre normalidade e desvio patológico, mas nos

interessava decompor a experiência do Icaro, a partir daquilo que era acompanhado durante o atendimento, e observamos que havia uma processualidade que se diferenciava da hipótese de transtorno, sugerida pela mãe. O TDAH é um transtorno que demanda uma identificação dos sinais antes dos 7 anos; este produz dificuldades no funcionamento social, escolar e no desenvolvimento da pessoa, além de ter os sintomas identificados em pelo menos 2 contextos distintos; é caracterizado pela dificuldade em manter a atenção, controlar e/ou inibir impulsos e manejar a hiperatividade; a identificação dos sintomas também acontece a partir da observação de alguns comportamentos, como desorganização, dificuldades de manter o foco, prejuízo no controle emocional, ações desorganizadas e apressadas, inquietação, dentre outros (Sganderla et al., 2024).

A cartografia da vida do Icaro nos guiou para identificar outros desafios: havia um contexto exigente para a elaboração de habilidades acadêmicas, escolares e relacionais, mas também constatamos movimentos de construção de competências socioemocionais para enfrentar os desafios da vida. As competências socioemocionais são um conjunto de capacidades que permitem o manejo das próprias emoções, reconhecer pensamentos, lidar com a própria vida, construir harmonia na relação com outras pessoas, além de desenvolver tarefas, como aprender, brincar e interagir de modo eficaz e com qualidade (Gonçalves e Resende, 2024). Icaro narrou que tinha dificuldades de aprender e manter o foco, mas tal dificuldade surgia apenas quando se sentava com os colegas no fundo da sala de aula e que, quando se aproximava a data das provas, escolhia se sentar na frente da sala; contou seu aprendizado melhorava consideravelmente, pois conseguia prestar atenção na aula e copiar as atividades no caderno. Em muitos momentos, se sentia inquieto por medo de não conseguir interagir com a turma e não tecer laços fraternos; o medo se estendia para a possibilidade de ser trocado novamente de escola, o que fazia com que Icaro preferisse se sentar com os colegas no fundo da sala. Além disso, Icaro contou que driblou o bullying se aproximando dos colegas, se conectando com as pessoas nas atividades dentro e fora da aula, participando das brincadeiras na hora do recreio e, com isso, pôde aumentar seu repertório de enfrentamentos para os desafios relacionais. Contextualizar a queixa compartilhada por Icaro não visou anular a possibilidade de algum transtorno ou dificuldade no campo da aprendizagem ou da vida, mas nos permitiu lançar olhares sobre os fenômenos da vida de modo mais criterioso e indagador, dando conta de reconhecer os fatores que se articulavam e engendravam os modos de existir compartilhados não apenas por Icaro, mas por todos os pacientes que atendíamos.

Os estudantes narraram que observaram que muitas pacientes mulheres compartilhavam que se sentiam cansadas, não conseguiam manter o foco, apresentavam desatenção, cansaço, sentiam que não conseguiam dar conta das tarefas e compromissos, dificuldades de manter a organização, sentiam inquietude e distraibilidade e que, no momento de mapear a processualidade que produzia a vida organizada dessa forma, compreendiam que todas as pacientes eram mães que trabalhavam e que precisavam se dedicar aos cuidados da casa de modo concomitante, numa produção de queixa que não recaía ao biologismo e à patologização da vida de forma superficial.

“Mais uma mulher que faz tudo sozinha. Ela é mãe, precisa ser forte o tempo inteiro, se vestir de leoa, engolir tudo e seguir, pra sustentar a casa dela. Isso fica mais forte porque ela ainda é uma mulher pobre, com poucos recursos, é mãe-solo, não tem com quem contar. Isso é muito da mulher, do quanto a sociedade vai produzindo esse ‘modo cuidadora’, de ter que carregar tudo sozinha”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 9, SEMANA 4, J.).

Ao longo das atividades, os estudantes compreenderam que haviam fatores para além do biológico que impactavam na produção e na gerência das queixas compartilhadas pelos pacientes; muitos eram marcados por um recorde de gênero, pela orientação sexual, étnico-racial, socioeconômica, política, ambiental, dentre outros (Cabral et al., 2022), demandando que superássemos a escuta baseada no determinismo biológico e considerássemos outras dimensões. O artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina orientam que o estudante deve ser escolarizado para que considere a diversidade humana, nos aspectos biológicos, de gênero, orientação sexual, políticos, socioeconômicos, étnico-raciais, subjetivos, ambientais, culturais, éticos, dentre outros que compõem a singularidade de cada indivíduo ou grupo social, concretizando ações com acesso universal, integralizando a humanização do atendimento, melhorando a qualidade da atenção à saúde e fundamentando o cuidado centrado na pessoa e a partir de suas necessidades (Brasil, 2014). Com isso, o atendimento permitiu que decompuséssemos as queixas dos pacientes, as compreendendo como processos de produção de subjetividade, que não eram norteadas exclusivamente pela lógica do corpo, da biologia, da homeostase, mas de fatores diversos, que mutuamente implicavam na construção de modos de existir adoecedores, que levaram os pacientes ao serviço de acolhimento na UBSMO.

4.7 O Mapeamento, avaliação e invenção de estratégias de enfrentamento

“Eu percebi que ela não desabafa com ninguém. Vai guardando tudo pra si e não coloca pra fora” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 7, SEMANA 3, L.).

“Ela perdeu o pai e não conseguiu viver o luto, porque achava que os outros precisavam mais e achou que tiraria o lugar de alguém na expressão da dor e viveu tudo sozinha” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 11, SEMANA 1, A.).

Antes do primeiro atendimento acontecer, não era incomum que os estudantes se perguntassem qual seria o tipo de intervenção que nosso atendimento poderia produzir para a vida dos pacientes. Enquanto os acolhíamos, observávamos que estes narravam o enlaçamento das forças presentes em suas vidas, construindo aquelas formas de viver que eram narradas no atendimento. Uma parte do discurso dos pacientes se tornou intrigante não apenas para os estudantes, mas para o próprio paciente, o que em muitos momentos foi pauta discutida no atendimento. Enquanto cartografávamos a articulação entre formas e forças na produção daqueles modos de existir, pudemos acompanhar também que havia certos movimentos dos pacientes como resposta a estas produções, o que nos interessou muito. Chamamos de enfrentamento os comportamentos e estratégias que os pacientes usam para manejá suas demandas internas e externas de modo assertivo, permitindo lidar com aquelas situações de modo a manter o bem-estar (Morero, Bragagnollo e Santos, 2018). Durante o atendimento, identificamos que muitos pacientes tinham estratégias de enfrentamento para os desafios vividos e passamos a acompanhar o efeito destas estratégias em suas vidas, não apenas na diminuição da queixa compartilhada. Discutir sobre as estratégias de enfrentamento nos permitiu que avaliássemos seus resultados de modo ativo.

Atendemos Roberta, uma mulher de 60 anos, que nos contou o desafio vivido com sua família: *“Meu filho já assassinou uma pessoa e foi preso. Eu me sinto culpada por ele ter feito isso, porque eu o criei. Fiz de tudo pra sustentar meus filhos sozinha, mas a gente era pobre e eu não pude dar tudo que eles queriam.”*

Não sei onde eles se perderam. Me sinto culpada e acabo dizendo sim pra tudo que meus filhos me pedem, pra tentar compensar o estrago que eu causei. Eles me pedem dinheiro pra pagar dívida de drogas, pegam minhas compras de mercado, pedem pra eu tomar conta dos meus netos. Eu trabalho muito, ganho pouquinho, sou diarista, mas faço o que posso. Tem sido pesado não saber dizer não, acho que vou explodir". Uma estudante pergunta sobre rede de apoio e Roberta respondeu: "*Tenho minha filha, mas também não posso ficar em cima dela, pois ela já tem problemas demais. Não quero ser um peso, não quero atrapalhar a vida de ninguém*". Uma outra estudante completou: "*Eu vejo que você cuida de quem você ama, mas não acha que é importante você também ser cuidada, deixar as pessoas cuidarem de você?*" Roberta respondeu que prefere ficar quieta, sozinha, no seu canto. A primeira aluna indagou: "*se isolara e não contar pra ninguém tem funcionado?*" Roberta respondeu que não e que sentia que estava lhe fazendo bem compartilhar conosco suas dores: "*Tô aliviada só de falar com vocês. Tô percebendo que preciso tomar as rédeas da minha vida. Não sou culpada dos erros dos meus filhos, não dá pra ficar aceitando tudo. É difícil se posicionar; mas eu quero*" (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 35, SEMANA 1, PESQUISADOR).

Durante o atendimento, acompanhamos a articulação entre aquelas formas e forças que produziam os modos de vida narrados por Roberta. Havia muita culpa por não ter conseguido dar melhores condições financeiras para criar seus filhos. Como modo de enfrentamento para a culpa, Roberta dizia "sim" para tudo que os filhos pediam, numa tentativa de reduzir o desconforto supostamente causado por ela mesma. Roberta contou que trabalhava como diarista sem vínculo empregatício formal e que, quando algum dos filhos pedia para que ela tomasse conta dos netos, precisava desmarcar algum trabalho para acatar o pedido; disse que não era incomum que isso acontecesse, o que a prejudicava muito, pois perdia aquele trabalho e acabava não sendo chamada para outros na mesma casa. Enquanto cartografávamos os processos de subjetivação que produziam a queixa compartilhada por Roberta, pudemos compreender as estratégias que Roberta lançava mão para manejear os desafios da vida, ao passo que também pudemos refletir o efeito delas.

O encontro passou a ter um efeito de ampliação de consciência para os pacientes, a respeito de seus afetos, seus pensamentos, sentimentos, atitudes, relações, mas também sobre as ferramentas que cada um tecia para enfrentar tais desafios vivenciados. Mergulhar no plano de agenciamento das estratégias de enfrentamento nos permitiu indagar: tais estratégias são as melhores que podemos usar? Que outras saídas podemos trilhar? Quais outras atitudes podemos tomar diante de tal questão vivida? Que outros recursos podemos reunir para viver outros horizontes? Importante destacar que não se tratava de uma indagação dos estudantes para os pacientes, mas uma construção indagativa coletiva, onde os novos caminhos seriam trilhados pelos próprios pacientes, numa composição da vida baseada na autonomia, não na reprodução da receita médica-psicológica do profissional.

Mapear as estratégias de enfrentamento dos pacientes era a parte do atendimento que durava mais tempo, pois pensávamos o atendimento como um espaço de invenção para além das atitudes que o paciente já tinha, operando novos agenciamentos a partir da autonomia, da autorreflexão e dos posicionamentos que o paciente poderia construir para si. Buscávamos desfazer os planos de enfrentamento que não operavam na construção da saúde, efetuando um movimento de saída dos não-enfrentamentos ou dos maus-enfrentamentos, fazendo do

atendimento uma experiência de invenção de si mesmo, como um lugar de passagem, de mudança, de criação de novos modos de viver e de enfrentar os desafios da vida (Guattari, 1987; Corrêa, 2006; Deleuze e Guattari, 2011).

A reflexão ativa, no caso de Roberta, nos permitiu abrir novos caminhos para viver e manejar os conflitos para além das formas compartilhadas, inventando em conjunto uma abertura no modelo “Roberta-não-sei-dizer-não” e favorecer novos enfrentamentos, novos posicionamentos, novas interações consigo mesma, com sua família e com seus respectivos desafios. Tratou-se de uma ação que favorecia a vida, com movimentos assertivos, num plano de invenção de novas saídas, com caminhos que favoreciam o movimento rizomático da vida, num percurso para além do modo compartilhado no atendimento (Zourabichvili, 2004). Dessa forma, o atendimento passou a ter uma característica de potencial de invenção, como uma fábrica de si mesmo, de favorecer novos movimentos, novas atitudes, novas ações, novos sentires, de adquirir uma nova potência, um novo olhar, um novo sentido para construir caminhos que favorecessem linhas de fuga, construindo novos territórios para a vida, desterritorializando as formas rígidas e abrindo possibilidades para novas formas de viver, reterritorializando na multiplicidade, reafirmando a potência da vida (Rauter, 2015; Gomes Júnior e Rocinholi, 2021). A operação de inventar novos enfrentamentos para Roberta permitiu a saída do modo “digo-sim-sempre-e-me-prejudico” para a construção de novas saídas, novos posicionamentos, novos limites, novas conexões com a família, ressignificando também a sensação de culpa sentida, criando para si novos modos de viver e de manejar os desafios.

4.8 O Encerramento do atendimento

Percebemos que o encerramento do encontro iniciava quando os pacientes começavam a concluir espontaneamente algumas reflexões a respeito do que discutimos durante o atendimento e não mais mapeávamos os fatores produtores das queixas, dos enfrentamentos, dos afetos, etc. Passávamos a falar sobre as saídas possíveis para a vida, elencávamos os movimentos necessários para construir uma vida mais leve e equilibrada. O início do encerramento do atendimento funcionou como um “checkpoint”, como um ponto de parada para tomar fôlego e assimilar tudo o que foi dito, ouvido, discutido e elaborado durante a experiência de atendimento. Como os encontros duraram em média 90 minutos (alguns chegaram a 185 minutos), muita coisa havia sido compartilhada e notamos um movimento voluntário dos pacientes para sintetizar aquilo que eles engendraram de toda a experiência conosco.

“Teve uma hora que ela ficou em silêncio e depois disse: ‘preciso inventar um modo flexível de viver, mas sem abandonar o compromisso e a seriedade das coisas... difícil’, fez sentido, foi como se ela desse um fechamento pro nosso atendimento” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 19, SEMANA 2, F.).

Discutimos, em seções acima, sobre como os atendimentos funcionaram como um dispositivo capaz de articular signos e significados, de possibilitar com que os pacientes expressassem como se sentiam, que narrassem suas queixas, que contassem como estas lhes impactavam, assim como os modos que as enfrentavam (Hur, 2012; Hur, 2019; Gomes Júnior e Rocinholi, 2021). Foi possível reconhecer o efeito do atendimento para agenciar os processos de produção dos modos de existir narrados durante os atendimentos, permitindo

que mapeássemos o conteúdo daquelas expressões subjetivas e o efeito delas nas vidas de quem acolhíamos. Entretanto, no final do atendimento, observamos que os pacientes, por si mesmos, traçavam um paralelo entre a maneira com que entraram na sala que realizávamos os atendimentos e o modo que se sentiam naquele momento conosco, já no final do encontro e, mais do que isso, pudemos mapear o trajeto trilhado conosco, as direções inventadas, as reflexões tecidas e as intervenções possibilitadas para que essas mudanças fossem experimentadas.

“É sempre muito legal quando os pacientes vão fazendo conclusões sozinhos.

Foi bonito ouvir a paciente de hoje falando que entrou achando que precisava só de remédio pra ansiedade, mas saiu entendendo que precisava construir flexibilidade, inventar um jeito de expressar o que sente, criar uma rede de apoio saudável, se auto-monitorar e manejar as próprias emoções de um jeito leve” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 42, SEMANA 1, V.).

Quando agradecíamos pela participação no atendimento, informando que havíamos chegado ao fim, os pacientes dedicavam também um momento para narrar as impressões que tiveram sobre o encontro conosco. Os pacientes compartilharam sobre a qualidade do serviço em si e como ela impactou na satisfação do atendimento. A satisfação no atendimento não depende apenas do paciente ter gostado ou não do encontro, mas se relaciona com os desafios e facilidades para participar do encontro, a qualidade do cuidado ofertado, a duração do encontro, além da resolutividade deste, numa articulação que inclui o desempenho técnico e a relação profissional-paciente (Bastos e Fasolo, 2013). De início, os pacientes narraram sobre as expectativas que surgiam sobre o atendimento: tinham medo de ser uma consulta rápida, impessoal, com pouco contato, receio de ficarem falando apenas sobre assuntos generalistas, com pouco aprofundamento, de que o encontro pudesse não ter nenhuma eficácia, de que seria muito difícil falar sobre suas dores e aflições, além do receio de serem abandonados enquanto narravam seus desafios. Muitos contaram que sentiam dificuldades de falar sobre si mesmos, de entrar em contato com suas dores e desafios, o que recaiu na expectativa sobre o atendimento como um lugar penoso e difícil.

Os pacientes contaram que a chegada no consultório provocou certo desconforto, principalmente ao perceberem que seriam atendidos por um grupo, o que aumentou o receio de não receber um acolhimento adequado; contaram que a maior parte do receio tinha relação com experiências anteriores negativas em outras consultas, com outros profissionais, o que gerou uma insegurança inicial para estar conosco. Entretanto, ao observar que havia uma abertura e disponibilidade do grupo para ouvir e acolher, com segurança e sem julgamentos, os pacientes mudaram a percepção do encontro e participaram maisativamente, com segurança. Pudemos concluir que nosso movimento para recepcionar os pacientes contribuiu para que fosse possível construir segurança para participar do encontro e que os efeitos de tais movimentos foram percebidos não apenas pelos grupos de estudantes, mas pelos próprios pacientes, funcionando como um sinalizador da eficácia do uso de tecnologias leves, da construção do *rapport* e da aliança terapêutica logo no início do encontro, o que favoreceu a adesão ao atendimento (Ferreira e Campos, 2023).

“Eu gostei muito de poder ouvir vocês todos, ter mais de uma pessoa pra me ajudar. É diferente de ter uma pessoa só na consulta. Estou me sentindo

melhor, consegui falar até mais... eu gostei! Estou saindo até mais leve”

(DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 17, SEMANA 3, PESQUISADOR).

“Eu não imaginava que seria assim. Eu pensei que sentaria numa cadeira, que teria um cara e que seria uma entrevista. Foi muito melhor. Parece que é muito melhor falar com mais pessoas. Eu me senti ouvido. Eu tinha esquecido como é falar pra um grupo. Tem uns 10 anos que não faço isso” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 23, SEMANA 4, PESQUISADOR).

“Eu achei que seria uma conversa fiada que não chegaria em nada, porque não teria tempo pra isso. Mas eu me identifiquei com muita coisa, aconteceram questões importantíssimas e eu não imaginei que conseguiríamos trabalhar essas coisas nesse curto espaço de tempo. E eu quero agradecer por vocês estarem comigo! Vocês me ajudaram a chegar em reflexões que eu não conseguia sozinho. Nunca imaginei que conseguiria refletir tanto em um encontro só” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 24, SEMANA 5, PESQUISADOR).

Os pacientes contaram, também, que compreenderam que para ter uma experiência mais potente no atendimento, era necessário se abrir para o encontro, mergulhar na experiência conosco, num exercício de confiança e aproximação mútua, participando da composição da experiência de cuidado humanizado, o que permitiu que o encontro fosse vivenciado com leveza e sensibilidade, numa composição coletiva, centrada na relação e não no profissional (Ferreira e Campos, 2023). Na experimentação da aproximação, os pacientes contaram que se sentiram ouvidos, acolhidos, puderam falar de assuntos íntimos, não se sentiram intimidados ou cuidados, foram abraçados, valorizados, confrontados, remexidos e aliviados, nos mostrando os efeitos de um encontro baseado na construção da escuta, do acolhimento e do vínculo.

“Gostei muito de conversar com vocês. Vocês me ouviram... não fui julgada, pelo contrário. Vocês me acolheram muito, parecia que a gente tava conversando na porta de casa, na calçada” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 2, PESQUISADOR).

“Amei estar aqui com vocês. Nem imaginei que falaria de sexo, dos meus sentimentos. Quando vi, estava me abrindo, falando tudo que queria, sem medo. Nem parecia que estávamos numa consulta! Me senti acolhida pelo grupo” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 3, PESQUISADOR).

“Eu já passei por tantas psicoterapias e médicos diferentes, mas nunca foi tão leve e produtivo como foi agora. Deu pra eu sentir o alívio na hora” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 23, SEMANA 2, PESQUISADOR).

Percebemos que havia algo em comum entre todos os finais de encontro: além de reconhecerem que o encontro possibilitou que os pacientes expressassem como se sentiam, os próprios pacientes narraram o efeito do encontro como um dispositivo de invenção de novos caminhos. O encerramento do encontro funcionou, também, como um espaço para que os pacientes compartilhassem os benefícios que tiveram com o atendimento. Falávamos sobre as novas possibilidades de articular e territorializar a vida, construindo saídas potentes, leves e flexíveis (Correa, 2006). Ao realizar a síntese do que foi experimentado conosco, os pacientes contavam que conseguiam compreender e identificar os fatores que se articulavam e que produziam aquelas territorialidades/modos de vida que os levaram a buscar atendimento e acolhimento, assim como também relatavam que estavam interessados nos movimentos de saída, que queriam escapar das territorialidades que produziam sofrimento, que buscariam

criar movimentos de saída destes territórios, num ação de desterritorialização que desestabiliza a constância não-saudável e não-bem-enfrentada da vida, que estavam interessados em fomentar a produção da diferença, do novo, das rotas de fuga para uma vida diferente (Hur, 2012).

“Foi muito legal. Eu percebi que errei com a minha mãe, mas agora eu quero fazer o certo. Conseguí perceber que eu preciso conquistar a confiança dela. Vou levar isso pro resto da minha vida. Minha mãe falou que se eu melhorar, poderei ficar sozinho em casa a partir de 10 anos. E só depende de mim. É como o homem-aranha: com grandes poderes, vêm grandes responsabilidades!” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 17, SEMANA 2, P.).

Importante destacar que não se tratava de uma indicação nossa; não éramos nós que dizíamos: “olha, você está vivendo desse jeito X, e esse jeito está produzindo o efeito Y e, para ter uma vida Z, precisa se comportar como N”; tratou-se do movimento dos próprios pacientes sobre si mesmos, numa reflexão de quem tecia o próprio percurso de saída para as própria vida com autonomia e auto-gerência. Para nós, o movimento de tomada de consciência foi um marcador fundamental para a construção de autonomia, principalmente por compreendermos que a relação profissional de saúde-paciente, psicólogo-paciente e médico-paciente é marcada pela expectativa de que o profissional identifique seus problemas, diagnostique, trate e resolva suas queixas (Ferreira, Teixeira e Fidalski, 2024). As reflexões vindas do próprio paciente evidenciaram um processo de construção de cuidado focado na parceria com a equipe de saúde, mas centrada no próprio paciente, na invenção de si mesmo, numa composição própria.

JORNADA VI

AS CONTRIBUIÇÕES DA SUPERVISÃO E DISCUSSÃO DE CASO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA EM HUMANIDADES

1 INTRODUÇÃO

Há inúmeros desafios presentes na formação médica contemporânea, principalmente quando compreendemos os desafios ligados às demandas de saúde no Brasil (Marinho, 2023). É requerido que o estudante tenha formação generalista, humanista, crítica, ética e reflexiva (Brasil, 2024) e, para isso, torna-se fundamental o acompanhamento, observação e participação de um profissional mais experiente, com formação pedagógica adequada, que não apenas oriente pela intuição, mas que reúna capacidades e competências para desenvolver futuros profissionais de saúde qualificados (Brasil, 2014; Costa, Costa e Pereira, 2023; Marinho, 2023).

A supervisão não trata apenas de realizar uma avaliação sobre a conduta do acadêmico nos campos de prática, mas de promover espaços de reflexão sobre o próprio processo de aprendizagem, de acompanhar a aquisição de competências técnicas de cuidado, além de avaliar e contornar possíveis falhas do processo educacional (Stagini e Peres, 2021); no curso de Medicina, é comum que este papel seja atribuído a um profissional médico, que ensina a clinicar, que oferece apoio pedagógico, ensina, compartilha experiências, que traduz técnicas e atitudes em aprendizagem, que possibilita com que os tutorados aprendam o que precisam aprender, englobando conceitos, técnicas, teorias, modelos e práticas de cuidado (Botti, 2009, Marinho, 2023).

Na presente jornada, discutiremos sobre a experiência de encontro entre mim, pesquisador-professor, e os estudantes de medicina ao longo da realização da disciplina de Humanidades Médicas. Nossa proposta de supervisão acompanhou os desafios de diversificação dos cenários de prática, não apenas para ampliar a formação médica, mas para transformar a formação curricular e humanizar o atendimento médico (Pimentel, Vasconcelos, Rodarte, Pedrosa e Pimentel, 2015). Narraremos como se deu a composição da supervisão, reunindo espaços de acompanhamento, supervisão, acolhimento e discussão das experiências realizadas ao longo das aulas do Ambulatório de Humanidades Médicas 5, compreendendo suas contribuições para a formação médica humanizada e para a composição de cenários de aprendizagem que possibilitem a aquisição de competências humanísticas para a prática em saúde.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Participaram da supervisão e discussão de caso clínico 180 estudantes de medicina regularmente matriculados na disciplina de Humanidades Médicas 5 do Centro Universitário Multivix, nos semestres de 2022.2, 2023.1 e 2023.2, dos módulos A, B e C, dos grupos de 1 a

45. A disciplina de Humanidades Médicas 5 foi desenvolvida no quinto período da graduação de medicina e foi composta por 4 atividades: deriva psicogeográfica, entrevista, visita domiciliar e atendimentos de acolhimento. Todas as atividades e supervisões foram realizadas em grupo com até 5 estudantes, na presença do pesquisador-professor, que é graduado em Psicologia. Não foram realizadas atividades e/ou supervisões individuais ou fora do horário de aula.

As supervisões aconteceram em 3 momentos: (1) logo no início da aula, compartilhávamos sobre as expectativas a respeito das atividades que seriam desenvolvidas na aula; (2) uma discussão aconteceu imediatamente ao final de cada atividade, onde elaborávamos aspectos sobre a atividade desenvolvida; (3) do final de cada aula, discutíamos e elencávamos as possíveis contribuições daquele dia de ambulatório para a formação médica, dando conta de reconhecer de que modo cada atividade poderia beneficiar a construção de uma prática médica humanizada. Ao total, foram realizados 657 momentos de supervisão, correspondendo a 198 supervisões de início de aula, 244 supervisões de atividades (a respeito de 148 atendimentos de acolhimento, 13 visitas domiciliares, 78 entrevistas e 5 derivas psicogeográficas) e 215 supervisões de final de aula.

Todos os estudantes e o pesquisador-professor elaboraram diários de bordo individuais sobre suas experiências nas aulas. O registro foi elaborado em 2 momentos: (1) durante os atendimentos/atividades, construímos uma espécie de esboço, contendo fragmentos da atividade, como frases compartilhadas, comportamentos que chamaram atenção, olhares, gestos, impressões, dentre outros; (2) após o fim do dia de aula, elaboramos a redação do diário de bordo propriamente dito, descrevendo e acompanhando a experiência que se deu no momento de encontro com os pacientes. Importante destacar que os estudantes foram orientados a elaborar os diários no mesmo dia da aula, permitindo capturar a intensidade dos encontros, pois não se tratava de um diário de memórias, mas de experiências. Os estudantes que se sentiram à vontade puderam compartilhar seus relatos na supervisão da aula seguinte. A discussão desta jornada se deu a partir da tecelagem de diversos relatos compartilhados pelos grupos de estudantes no momento de supervisão.

3 DISCUSSÃO

3.1 A Invenção da supervisão: o cenário pessoalista

Estávamos sentados, em silêncio, aguardando para receber um paciente agendado para um acolhimento. O silêncio foi rompido pela indagação de uma estudante que não parava de olhar o celular: “*professor, estou apavorada. Não tenho ideia do que perguntar pro paciente. É nossa primeira aula prática, primeira consulta, primeiro paciente. Tô desfalecendo*”. Notei que outros estudantes também apresentavam apreensão. Alguns estavam com postura encolhida, tamborilavam os dedos, tremiam as pernas ou mexiam constantemente a caneta. O silêncio foi irrompido novamente, mas agora por mim: “*Vocês gostariam de falar como estão se sentindo com a proposta de atendimento?*” Uma outra acadêmica perguntou: “*E pode?*”, “*Por que não poderia?*”, questionei. Um terceiro estudante, rindo, contou: “*Porque ninguém nunca perguntou como a gente tá se sentindo nas aulas*”. “*Aqui a gente pode*

falar disso. Vamos lá?”, concluo enquanto os 4 acadêmicos me olham com estranhamento. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 16, SEMANA 1, PESQUISADOR).

A supervisão foi um momento construído de modo espontâneo pelos grupos de estudantes durante as aulas. Inicialmente, nossa programação previa a realização das atividades em si, depois elaboraríamos o diário de bordo e encerráramos a aula. Entretanto, observamos que antes do início das atividades, os acadêmicos compartilhavam, de modo espontâneo e franco, sobre como imaginavam que a atividade aconteceria, sobre quais histórias poderiam escutar dos pacientes, que tipo de intervenção deveriam realizar ou como precisariam se comportar. Na medida em que os estudantes percebiam que havia abertura para compartilhar sobre como se sentiam, os diálogos passaram a ser frequentes em todos os grupos.

“Eu fico com mó medo de falar alguma besteira e estragar tudo. Na minha cabeça, eu fico tentando prever tudo que pode acontecer, o que vão falar, o que eu posso responder. Tô endoidando, professor”. A frase da estudante de face ruborizada e respiração descompassada foi corroborada por outro estudante sentado ao seu lado: *“Amiga, você tirou as palavras da minha boca. Eu tô em pâ-ni-co. Professor, nos outros ambulatórios, a gente só faz a anamnese, colhe informações e passa o caso pro professor fazer a conduta. Aqui parece que não tem nada disso, pelo visto. Não sei nem o que perguntar, tenho medo de parecer bobo e errar até o meu nome”*. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 23, SEMANA 1, E.).

O ambulatório de Humanidades Médicas 5 foi realizado no quinto período da graduação de Medicina. É neste momento que os acadêmicos chegam na fase clínica do curso e passam a se dedicar ao estudo das especialidades médicas, com uma considerável carga horária de atividades práticas em diversos serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde de modo mais recorrente. Por conta disso, é um período marcado pelos primeiros contatos dos estudantes com os pacientes, especificamente em um contexto de consulta. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a formação médica deve privilegiar a inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde o início do curso, possibilitando que o acadêmico vivencie as diferentes realidades da população, se insira nas organizações de trabalho na equipe multidisciplinar, interaja de forma ativa com os usuários, enfrente situações reais e assuma responsabilidades a respeito do cuidado de maneira progressiva, de acordo com as habilidades e competências desenvolvidas na escolarização (Brasil, 2014). Nos últimos anos, é possível observar uma mudança no paradigma educacional profissionalizante, fundamentando o ensino médico a partir da racionalidade crítica, de modo que o aluno aprenda a aprender a partir da reflexão sobre sua própria conduta nos cenários de prática (Pereira, 2011). A supervisão, de modo geral, comprehende que se construa um espaço em que os estudantes reflitam sobre suas habilidades, conhecimentos, atitudes, capacidades intelectuais e relacionais, desenvolvendo mecanismos para avaliar o melhor cenário para suas aplicações, além de avaliar seus efeitos; destacamos que a qualidade de uma supervisão depende do quanto os estudantes se sentem seguros e acolhidos no momento de aula, numa espécie de suporte no/para o aprendizado (Berletta, Fonseca e Delabrida, 2012).

Observamos que, durante as supervisões, os estudantes experimentavam uma sensação de insegurança e medo relacionados com os atendimentos; compreendemos, também, que só foi possível ouvir, acolher e mapear o modo com que os estudantes se sentiam a partir do

movimento do grupo, incluindo o professor-pesquisador, que permitiu inventar um espaço seguro para a expressão afetiva acontecesse, numa atitude cartográfica. Nossa interesse não tratava apenas de compreender a operacionalização da consulta e do encontro entre pacientes e estudantes; buscávamos reconhecer de que modo os estudantes atuavam nas atividades, mapear as linhas que compunham a experiência dos estudantes, identificar os fatores que interferiam e produziam os modos de participar das consultas, das entrevistas, das visitas e das derivas e inventar novas atitudes e habilidades para as práticas. A Cartografia, conceito emprestado da Geografia, visou traçar o plano de experiência que se deu durante a execução do ambulatório de Humanidades Médicas, acompanhando os efeitos para todos os envolvidos nos encontros (Passos e Barros, 2015) e, no caso dos estudantes de medicina, havia uma série de afetos e impressões que pediam expressão, demandando que inventássemos uma configuração que permitisse que os acadêmicos narrassem como se sentiam, numa espécie de “dar língua” para os afetos (Rolnik, 2006).

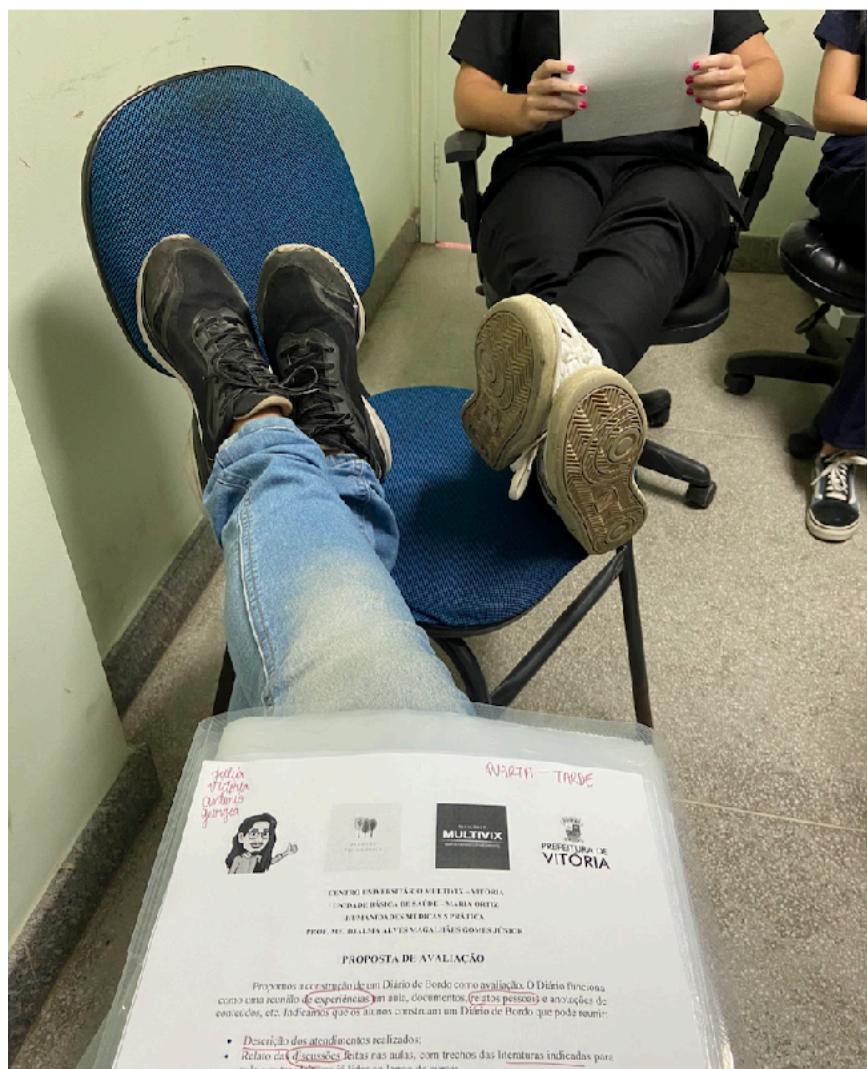


Figura 11: Registro da supervisão antes do atendimento. Autor: pesquisador.

De modo orgânico, um momento de discussão foi sendo tecido pelos/com os estudantes logo no início da aula. Inicialmente, a supervisão foi um espaço onde os

acadêmicos descreveram como se sentiam com a proposta de atividades: experimentavam a sensação de medo, de ansiedade e angústia. Muitos contaram que nunca haviam participado de atividades que tinham o objetivo de acolhimento, o que resultou numa experiência de medo de falar algo inadequado, de não saber como se portar durante o encontro, de fazer alguma pergunta inadequada, de não saber em quais conteúdos compartilhados pelo paciente deveriam prestar atenção, além do receio de ter uma postura superficial e resolutiva; com isso, a supervisão se constituiu como um Cenário Pessoalista (Pereira, 2011), centrada no discente, dando conta de compreender suas percepções, seus sentimentos, suas experiências de vida, auxiliando na reflexão sobre si mesmos, numa espécie de autoconhecimento. Estar em supervisão passou a significar estar acompanhado, ser ouvido, acolhido e ajudado a fazer um mergulho em si mesmo, no próprio desconhecido, como um *pitstop*, permitindo compreender aquilo que era sentido a respeito das propostas de aula, mas que não estava elaborado, numa atitude de proteção do aluno, pois permitia construir uma análise sobre si mesmo, suas expectativas, suas habilidades e competências para realizar os atendimentos.

3.2 Aprendendo por observação: o cenário de imitação artesanal

À medida com que as atividades comeram a ser realizadas, os acadêmicos passaram a relatar suas impressões em dois momentos diferentes, com características distintas. (1) no início da aula, se dedicaram a compartilhar as expectativas, medos e receios a respeito dos encontros, elencando aquilo que imaginavam que aconteceria na atividade, do que ouviriam e de como poderiam se comportar; (2) conforme nos inseríamos nas propostas práticas, novas narrativas surgiam imediatamente após o encerramento da prática. As discussões passaram a ter um tom de orientação a respeito dos desafios relacionados às atividades.

“A paciente foi falando e eu fui me sentindo perdido. Ela falava um monte de coisa e, por dentro, eu pensava: ‘valha minha nossa senhora, que que eu falo?’ Eu me senti meio inútil, sem saber o que falar. Preferi ficar só ouvindo o professor. Foi ficando mais fácil, porque ele foi pontuando algumas coisas e eu fui entendendo por onde a gente podia falar e perguntar” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 15, SEMANA 5, J.).

“O atendimento é uma avalanche de informações... me senti perdido, sem saber no quê prestar atenção e o que falar pra paciente. Eu anotei aqui no caderno: ela falou do abuso que sofreu na infância, de ter apanhado do marido, da filha que também foi abusada sexualmente, no quanto que ela se sentia ansiosa e deprimida... Eu nem sabia por onde começar. Ai o professor, mansamente, que nem um anjo do céu, falou assim pra ela: ‘parece que você teve que ser forte em muitos momentos, né... e deve ter sido muito difícil carregar isso aí tudo dentro de você, sozinha’ e a mulher parou, começou a chorar e começou a falar que tava cansada de guardar tudo pra ela e foi botando tudo pra fora. Ela falou tanto que depois ficou até aliviada” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 32, SEMANA 1, C.).

À medida com que os estudantes participavam das atividades, nossas conversas foram tomando um formato de supervisão, discussão e também de orientação. Compreendemos que a orientação é como uma jornada que apoia e oferece direcionamento para os estudantes a respeito do processo de aprendizagem, não como um modelo fixo, mas permitindo que estes

construam caminhos próprios para desenvolver as habilidades necessárias para uma boa performance nas atividades; existem 2 tipos de orientação: (1) *orientação geral*, onde o supervisor avalia, observa e analisa a performance dos estudantes sem a presença nas atividades; (2) *orientação direta*, onde o supervisor está com o estudante no momento da atividade e o orienta no momento em que as dificuldades são vivenciadas (Pereira, 2011; Almeida et al., 2017). Os estudantes foram acompanhados pelo pesquisador-professor durante a execução de todas as atividades.

Durante os primeiros atendimentos, observamos que o espaço de aula e supervisão funcionou como um Cenário de Imitação Artesanal (Arlacão, 1994; Pereira, 2011). Na primeira semana de ambulatório, por conta da pouca experiência nos atendimentos, os estudantes se comportaram como uma “esponja”, ou seja, observavam o comportamento do pesquisador-professor, analisavam o efeito da conduta e faziam um registro daquilo que acompanhavam. Não se tratava de estabelecer um modelo de como se comportar no atendimento para o reproduzir na íntegra, mas uma busca por apreender de quais maneiras poderiam participar dos encontros, a partir da observação da ação do pesquisador-professor. As intervenções do pesquisador-professor, no início das aulas, foram mais recorrentes, articulando 5 condutas do docente: (1) informar e apresentar para os acadêmicos práticas e comportamentos humanizados; (2) questionar e problematizar condutas a partir da observação; (3) auxiliar os estudantes a tomar decisões, construindo possibilidades para o manejo de cada proposta clínica; (4) encorajar os acadêmicos, favorecendo a manutenção do interesse e na motivação para as tarefas e; (5) avaliar o processo de formação, tornando visíveis os critérios de avaliação, elencando potencialidades e lacunas no aprendizado (Pereira, 2011). Com isso, as supervisões visavam elencar pistas de como participar das atividades, permitindo que os acadêmicos elaborassem as próprias estratégias para acolher os pacientes, gerissem possíveis conflitos e manejassem os encontros com o monitoramento do docente.

3.3 Aprendendo pela Ação e reflexão: o cenário reflexivo

Acolhemos uma paciente que é professora, que foi afastada por acidente no trabalho e que disse que vivia ansiosa e estressada. Uma estudante contou: “*Eu fiquei com medo de falar alguma coisa e ela falar pra mim: ‘amada, você é uma criança, o que está falando?! Você acha que pode me dar lição de moral de alguma coisa? Acabou de sair das fraldas!’ Mas se ela veio, é porque ela achou que a gente poderia ajudar com alguma coisa, né. Foi quando eu falei que tive a impressão de que ela carregava o mundo nas costas. Aí ela disse que era assim desde pequenininha e começou a contar a história da vida dela e etc. e tal. É assim que a gente pode falar? Ou eu fiz errado?*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 27, SEMANA 1, PESQUISADOR).

Conforme os estudantes sentiam segurança, estes passavam a participar das atividades de modo mais ativo, formulando suas próprias perguntas, construindo estratégias para apoiar a narrativa dos pacientes e tecer um manejo não mais focado na conduta do pesquisador-professor. Observamos que, partir da segunda semana de ambulatório, as supervisões passaram a ter uma característica de Cenário Reflexivo (Pereira, 2011), fundamentadas na análise da própria ação. Os relatos nas supervisões passaram a incluir as impressões e

experiências que os acadêmicos tiveram em cada encontro com os pacientes, elucidando os desafios e potencialidades que eles mesmos encontraram nas práticas vivenciadas, alinhando nossos encontros com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, a respeito da educação em saúde; estas orientam que o acadêmico se responsabilize por seu processo formativo, desenvolva um pensamento crítico, aprenda a aprender e formule reflexões fundamentadas no pensamento crítico, de modo autônomo (Brasil, 2014).

Nossas discussões passaram a incluir aspectos ligados à identificação da queixa, ao comportamento dos estudantes, à capacidade de se vincular com os pacientes, às impressões que surgiram em cada encontro, além dos enfrentamentos para os desafios que surgiram. Ao final de cada atendimento, os estudantes abriam seus caderninhos/blocos de notas no celular e narravam suas ações, justificando o que os levou a tomar determinadas atitudes e, além disso, tiravam dúvidas sobre quais outras condutas poderiam tomar nas situações narradas. Com isso, a supervisão se tornou um momento de aquisição de habilidades baseadas na reflexão do fazer, onde o acadêmico apresentava seus comportamentos para todo o grupo e, de modo coletivo, as condutas eram refletidas, ponderadas, elaboradas e avaliadas, como um procedimento de aprender a fazer não apenas enquanto se faz, mas, também, quando se reflete sobre o que se fez (Alarcão e Tavares, 2003; Pereira, 2011).

3.4 A Supervisão do grupo: o devir-grupo

Percebemos, também, que a reflexão e avaliação do comportamento dos acadêmicos nas atividades deixou de estar focada na figura do pesquisador-professor e passou a ser distribuída pelo grupo, numa espécie de colaboração entre os próprios acadêmicos, que aperfeiçoavam suas próprias práticas a partir da observação dos colegas.

Após o atendimento de uma paciente que perdeu a irmã, vítima de COVID-19, os estudantes disseram: “*Eu fiquei com receio de perguntar alguma coisa, pois ela falou da perda da irmã e eu não queria disparar algum gatilho nela. Como a gente age nessas situações?*”. Antes que eu pudesse responder, um outro estudante disse: “*Eu fiquei assim também, mas depois pensei: se disparasse algum gatilho, a gente poderia acolher. Esse espaço é pra isso mesmo, né?*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 42, SEMANA 1, PESQUISADOR).

Logo após acolhemos uma paciente de 25 anos, que narrou os desafios da maternidade sem a ajuda do marido, os estudantes se reuniram para discutir sobre o caso. Acompanhei a seguinte interação entre 3 estudantes: Jonas inicia indagando Pedro: “*mano, teve uma hora que você perguntou pra paciente se o pai dela era usuário de drogas. Por que perguntou isso?*”. A frase de Jonas foi completada por Eduarda: “*Eu achei que eu tivesse me perdido, porque o Pedro falou do nada sobre drogas*”. Pedro respondeu: “*eu tinha entendido que ela tinha falado que ela não se dava com o padrasto, porque ele usava drogas*”. “*Mas ela nem falou de drogas, Pedro*”, disse Jonas. Pedro coça a cabeça e diz: “*Foi mal... eu tentei fazer um rastreio do que ela tava falando e me perdi. Fiquei esperando vocês falarem, pra me reorganizar no encontro. Aí eu comecei a revisar a aula de urticária, de dermatologia na minha cabeça*”. Eduarda finaliza a interação: “*Acho que você poderia ter falado que não estava entendendo, amigo! A gente tem que prestar atenção no que os pacientes falam*”.

e você ficou olhando pro papel a consulta toda. A gente não pode nunca abandonar o atendimento, porque senão vamos dar a impressão de que estamos ouvindo e entendendo o que o paciente tá falando, mas não estamos. E isso interfere no cuidado” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 3, PESQUISADOR).



Figuras 12 e 13: Registro da “doçura” na supervisão após o atendimento. Autor: pesquisador.

Realizar a supervisão em grupo nos fez perceber que além do pesquisador-professor, os estudantes também passaram a mapear os efeitos de cada comportamento ao longo das atividades, numa supervisão que não era realizada apenas pelo pesquisador-professor sobre os estudantes, em uma ação de assujeitamento, mediada pela verticalização do poder especializado do docente, totalizada em seu “olhar supervisionalizador”, que exclui o saber dos estudantes e os torna meros receptores de orientação; a experiência de supervisão operou numa composição dos estudantes sobre suas próprias ações e, também, dos comportamentos dos colegas, numa atuação que diferenciava a supervisão “em” grupo de uma supervisão “de” grupo, articulando uma experiência de grupo-sujeito (Barros, 2013).

Não se tratava de uma regulação dos acadêmicos a respeito do comportamento dos colegas, mas de inventar processos de atuação nas atividades de modo compartilhado e coletivizado, convidando os colegas a participar das próprias análises, utilizando recursos reflexivos não apenas do pesquisador-professor, mas de todo o grupo e, com isso, observamos a composição de um Devir-grupo (Barros, 2013). O devir é uma experimentação que não se apoia em estruturas rígidas e naturalizadas, mas na invenção. No nosso caso, devir-grupo significava romper com a estrutura onde só o pesquisador-professor supervisionava e orientava os estudantes, fugindo desta estrutura de encontro hierarquizado, fazendo um

movimento que o superasse, inventando referenciais próprios, articulando novas possibilidades de estar em supervisão e, neste caso, compor análises de modo grupalizado (Deleuze e Guattari, 2003; Romagnoli, 2009; Gomes Júnior e Rocinholi, 2021).



Figura 14: Registro da “doçura” na supervisão após o atendimento.

Estar em supervisão passou a ser estar em uma rede. Com isso, não foi incomum que muitos estudantes levassem algum doce ou petisco para compartilhar com o grupo, pois a supervisão se tornou um momento de observar com companhia, de inventar alternativas em conjunto, construir sentido e doçura sobre as condutas de modo coletivo, como um instrumento emancipatório para os estudantes e para o pesquisador-professor, superando a concepção hierarquizada e estabelecendo relações simétricas, não focadas no domínio do saber do docente (Pereira, 2011).

3.5 A elaboração e conceituação de caso: o cenário clínico

Além de discutir a respeito da própria conduta nas atividades, observamos que os acadêmicos também trouxeram aspectos ligados aos conteúdos narrados pelos pacientes acolhidos e, com isso, a supervisão passou a assumir uma característica de Cenário Clínico, onde o estudante aprende e aperfeiçoa suas habilidades a partir da análise do atendimento, numa espécie de conceituação de caso (Pereira, 2011).

Ao fim do atendimento, ocorreu a seguinte interação entre 3 estudantes: (1) “*Gente, deixa eu falar uma coisa. Teve uma hora que a paciente ficou falando sobre cansaço pra fazer coisas básicas e eu fiquei pensando se era falta de exercício físico, mas ela mesma foi me dando a resposta, porque ela era uma pessoa que queria abraçar o mundo e, quando as coisas não atingiam o ideal dela, ela vestia uma roupa de fracasso e se achava a pior pessoa do mundo*”. (2) “*Pois é, amiga, eu também notei isso, quando ela falou que se sentia muito cansada e ansiosa. Ela disse que não sabia de onde vinha essa sensação, mas aí falou que faz faculdade e a gente sabe que estudar tem a pressão com as aulas, com as provas e tudo o mais. E aí ela também trabalha, então tem que lidar com chefe enchendo o saco, falando no ouvido dela o dia todo. Mas não era só isso, porque ela também tem filho pequeno*”. (3) “*Ela ainda falou que, quando o marido tentava fazer alguma coisa em casa, tipo levar o filho na escola, fazer as coisas de casa, ela dizia que não precisava, que não gostava que ninguém fizesse as coisas e ainda brigava com ele. Só que, assim, pra diminuir essa ansiedade e esse cansaço, tem que dar abertura pros outros dividirem o fardo, tem que dar uma mudada nas coisas*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 3, PESQUISADOR).

Observamos que os estudantes, ao compartilhar sobre o atendimento, realizavam uma descrição das principais falas dos pacientes, incluindo a dimensão afetiva, cognitiva, motivacional e comportamental do paciente, numa atitude cartográfica. Para a Cartografia, a realidade é processual, ou seja, é tecida a partir do enlaçamento de fatores sociais, como a cultura, regras, leis, moral, religião, gênero, classe social, dentre outros, e fatores individuais, tais como os pensamentos, sentimentos, atitudes, comportamentos e crenças sobre si mesmo, seus relacionamentos e sobre o mundo, de modo contínuo, em movimento, no encontro com o acontecimento (Barros e Kastrup, 2015; Escóssia e Tedesco, 2015); enquanto os discentes compartilhavam sobre a forma com que os pacientes se apresentavam (no caso do relato acima, uma forma ansiosa e cansada), também investigavam as forças que produziram tal engendramento (neste caso, os desafios do estudo universitário somados ao padrão de aluna-ideal, da maternidade não-compartilhada com o marido, as pressões do trabalho e a produção do perfeccionismo, a dificuldade de dividir tarefas e a idealização sobre sua performance na vida), tecendo um estudo de caso que reconhecia os fenômenos acompanhados no atendimento. A supervisão permitiu que os acadêmicos examinassem mais detalhadamente o que os pacientes narraram, dando conta de reconhecer os fatores de produção das queixas compartilhadas e, com isso, inventar ações contextuais, uma vez que a discussão de caso permite, a partir do desenvolvimento do raciocínio lógico, que compreendamos as queixas, os contextos que as produziram, mapeando os desafios enfrentados por indivíduos e grupos sociais (Silva GF, et al., 2014; Sátyro & D’Albuquerque, 2020).



Figura 15: A discussão de caso na supervisão. Autor: pesquisador.

No momento de construir a discussão sobre os atendimentos, tomávamos cuidado para que as nossas considerações não fossem interpretações pelo/sobre o paciente, buscando tecer uma conduta que fugia do imperialismo do saber constituído, dos especialismos, da lógica de quem sabe mais, da operação do poder/*status* profissional e da reprodução de um saber pronto que fundamenta práticas numa perspectiva universalista (Andrade, 2005); era do nosso interesse compor a história de vida dos pacientes nos baseando naquilo que os próprios pacientes compartilharam conosco. Importante destacar que toda experimentação é, de início, sem ponto de vista; nossa perspectiva vai se construindo conforme adentramos o território da atividade e, a depender da nossa atitude, poderíamos nos lançar no encontro construindo sentido a partir da experiência compartilhada ou nos apoiar em elementos pré-fixados anteriormente ao encontro, servindo a uma política de poder vigente (Passos e Eirado, 2015). Adotávamos uma postura de “nada sabemos, logo, o que podemos compreender a partir daquilo que ouvimos?”, numa postura investigativa que não se detinha a explorar sintomas e desvios de comportamentos, orientando a vida e o comportamento do paciente dentro de um referencial de normalidade; buscávamos compreender o paciente, reconhecer seus movimentos, acompanhar as passagens subjetivas, o curso de vida, as saídas que o próprio construía no enfrentamento de seus desafios, a partir de ato clínico em que o que prevalecia era a história da pessoa, não o nosso saber especialista (Andrade, 2005).

3.6 Os Efeitos da supervisão interdisciplinar

Enquanto refletíamos sobre a importância de sermos sensíveis ao que os pacientes compartilhavam conosco, 2 estudantes disseram: (1) “*O professor é psicólogo, parece que vê um monte de coisa que a gente não tá vendo. Tô aprendendo muita coisa só de ouvir o senhor*”. (2) “*Professor, tem coisas que a gente só aprende aqui nessa aula*”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 35, SEMANA 1, PESQUISADOR).

Em alguns momentos, os estudantes compartilharam que sentiam que havia uma certa diferença entre o modo com que eles e o pesquisador-professor analisavam as atividades e reconheciam a importância do trabalho numa perspectiva interdisciplinar, de modo coletivo. Atualmente, os profissionais se deparam com um profundo processo de formação profissional de modo especializado e compartmentado, mas, ao realizar atendimentos em saúde, se deparam com as múltiplas dimensões que se apresentam no discurso dos pacientes (de ordem psicológica, biológica, cultural, social, religiosa, dentre outros); com isso, nenhum profissional dá conta de atuar de modo isolado, muito menos intervir na totalidade das demandas acolhidas (Cardoso e Hennington, 2011). Enquanto elaborávamos os casos atendidos, reconhecíamos que o trabalho em conjunto, entre pesquisador-professor-psicólogo e acadêmicos de medicina, teceu relações de trabalho, de saberes, de colaboração e de vínculos de modo compartilhado.

“*É por isso que o professor sempre fala do olhar do estrangeiro. A gente começa a olhar as coisas que os pacientes falam com outros olhos. Essa última falou sobre alucinação, sobre sintomas de ansiedade e depressão, mas o que mais trabalhamos no atendimento foi a relação dela com a família*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 17, SEMANA 3, C.).

Em uma supervisão, ouvi com atenção os estudantes discutindo sobre processos de produção de subjetividade que articulavam modos de vida na paciente: Ana disse: “*Ela cresceu numa família que a queria toda certinha, então vivia pisando em ovos pra tudo, como se quisesse controlar todas as variáveis da vida, pra não errar. E isso produzia cada vez mais ansiedade, porque ela mesma não queria isso, mas fica difícil ser autêntica querendo agradar todo mundo*”. André indagou: “*Será que se ela tivesse um emprego na área dela, a relação com os pais melhoraria? Porque ela depende financeiramente deles*”. A resposta foi elaborada por outro discente, João: “*Mas aí essa cobrança recairia em outros aspectos. É como o professor ensinou sobre a produção de subjetividade... ela sempre captura a gente, em algum lugar. A paciente não é o modelo que os pais querem por muitos aspectos, não é só pelo trabalho. Ela é pansexual, numa família da roça. Tem muito caroço nesse angu*”. Ana finalizou dizendo: “*É aquele negócio de destruir o eu-normalizado que o professor falou na primeira aula. Se não acabar com isso, não tem como viver de outro jeito*” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 16, SEMANA 3, PESQUISADOR).

No momento em que os estudantes concebiam as queixas dos pacientes como processos de produção de subjetividade, produtos da articulação entre diversas forças, produzindo modos de existir de modo imanente (Hur, 2019), comprehendíamos que abríamos novos caminhos para a construção das práticas em saúde que não recaíam no modelo biomédico ou na racionalidade biomédica. O modelo biomédico compreende o corpo humano como uma máquina complexa, que demanda controle e monitoramento regular, afim de que se

identifiquem e tratem processos que degeneram o funcionamento do organismo; qualquer desvio da norma mecanicista é interpretado como doença, numa relação de causalidade, sem que se aprofunde nos aspectos culturais, sociais, psicológicos e comportamentais ligados aos processos de saúde-doença (Cardoso e Hennington, 2011). Conceber as demandas dos pacientes como um processo de produção de subjetividade nos permitiu compreender cada narrativa de maneira ampliada, para além dos processos fisiológicos, como preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, pois articulávamos elementos psicológicos, socioeconômicos, culturais, contextuais, a história de vida, o ambiente onde o paciente está inserido e seus relacionamentos na prática de cuidado à saúde (Brasil, 2014).

“Ela parecia tão aprisionada ao diagnóstico. Ela disse: “sou borderline”, como se isso nomeasse a vida inteira dela” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 7, SEMANA 2, S.).

“Eu amei quando o professor fez o exercício de semântica com ela, porque tudo que a gente perguntava, ela dizia: “ah, é porque eu sou TAG” (Transtorno de Ansiedade Generalizada), mas o que ela quis dizer com isso? O que está acontecendo na vida dela pra ela dizer que o nome disso é TAG? O que ela sentia? O que vivia? Como reagia? Dizer que é TAG não quer dizer nada” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 24, SEMANA 4, A.).

“Quando ela falou que entrou na internet, escreveu o que tava sentindo e deu que era Borderline, eu me identifiquei logo. Eu falei disso pra minha psicóloga e ela falou pra eu ter calma, porque os diagnósticos não explicam todo o funcionamento da pessoa e os comportamentos” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 31, SEMANA 1, Y.).

Ao passo que os estudantes elencavam e discutiam as diversas dimensões relacionadas com a queixa dos pacientes, as supervisões nos permitiram reconhecer aspectos relacionados com a vida de modo mais amplo, não apenas a partir da síntese de comportamentos e sinais isolados, o que possibilitou que os estudantes repensassem a prática em saúde baseada na medicalização e na patologização. A medicalização é um conceito que surge na década de 1960 e corresponde a uma transformação de vivências e experiências humanas em transtorno, os tornando alvos da jurisdição médica (Ferreira et al., 2022). A compreensão da vida passa a ser mediada pelo saber médico, numa lógica do modelo Biomédico, focado no corpo, ignorando as variáveis não biológicas que sustentam também a produção dos sintomas, alimentando a indústria farmacêutica e a produção de novos transtornos que estigmatizam as pessoas (Silva e Canavéz, 2017). Como efeito, problemas não-médicos passam a ser tratados e encaminhados como problemas médicos, com causas neurobiológicas e com práticas medicalizantes, na operação da farmaceuticalização da vida; fatores de ordem social, cultural, econômica, política, moral, dentre outros, são ignorados ou colocados de modo subjacente, de menor valor investigativo, construindo uma espécie de esvaziamento da experiência de vida (Matos, 2018 Ferreira et al., 2022).

No momento em que os estudantes escutavam os pacientes, percebemos que muitos pacientes já chegavam munidos de suas próprias hipóteses diagnósticas e comprehendíamos que havia um certo assentamento social da medicalização da vida para além da prática do profissional médico no consultório e nas instituições de saúde e que recaíam também nas pessoas, como um procedimento produzido pela/na sociedade (Silva e Canavéz, 2017; Zorzanelli e Cruz, 2018). Em muitos casos, o discurso Biomédico influenciou os pacientes a narrarem seus sinais e sintomas de maneira sistemática, mas os dificultava a articular tais

sinais em comportamentos da vida, agenciados por uma série de forças presentes no campo social. Os acadêmicos perceberam que havia uma tendência dos pacientes para nomear fenômenos complexos de maneira simplória, os chamando de “TAG”, “Borderline”, “Depressão”, dentre outros. No momento em que parávamos para ouvir com atenção, pudemos acompanhar a processualidade que tecia um modo de vida que produzia cansaço, exaustão, a reprodução de modelos de vida insustentáveis, a composição de uma existência pautada na pressa, no atraso, na necessidade de correr, de se dividir em inúmeras tarefas por dia, processos que recaíam nos hábitos alimentares, na dificuldade de manter a concentração, que impactavam no sono, aumentavam a vigília e o estresse no corpo, elevando a sensação de impotência e fracasso pelo não cumprimento das programações do dia, dentre outros, mas que, na não elaboração processual da realidade, eram interpretadas como desvios da norma, logo, entendidos como doença/transtorno e tratados com medidas biomédicas.

“Ela é apegada aos diagnósticos, né? Parece que eles nomeiam tudo que ela é: TAG, Transtorno Depressivo Maior, Síndrome do Pânico, Anorexia, Bulimia, Gastrite Nervosa, Síndrome do Abandono. Sobra transtorno e falta vida” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 24, SEMANA 4, K.).

“Não pareceu que ela sabia diferenciar o coração acelerado por ansiedade ou por ter feito esforço físico. Era tudo ansiedade” (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 10, SEMANA 5, E.).

“Mas a gente também tem que diferenciar uma exaustão por ter feito muitas coisas de uma prostração causada pelo Transtorno Depressivo Maior, né”. (DIÁRIO DE BORDO, GRUPO 19, SEMANA 2, P.).

A supervisão nos permitiu olhar com mais atenção para cada caso atendido, elaborando nosso modo de ofertar assistência para os pacientes, ao mesmo tempo que reconhecíamos a perspectiva teórica e metodológica que fundamentávamos nossa atuação. Ao repensar as práticas focadas no modelo biomédico, que reduz as complexidades compartilhadas pelos pacientes a um fenômeno químico e biológico, conceituávamos uma possibilidade de construir ações fundamentadas em um saber que se desprendia do pensamento uniprofissional, articulando condutas que transversalizavam não apenas os especialismos, incluindo também as condutas medicalizantes, mas nos permitiam acompanhar a vida dos pacientes como um processo que se produz em articulação com fatores que extrapolam o psiquismo e o biologismo, operando numa espécie de encontro com o acontecimento, de modo imanente, em rede, produzida e articulada no social (Gomes Júnior e Rocinholi, 2021; Silva JIM, et al, 2021). Com isso, nosso papel passou a ser acompanhar a processualidade que se deu, no momento do encontro, a respeito da vida do paciente, na produção dos sintomas, dos pensamentos, dos afetos, das memórias, das fragilidades e potencialidades, construindo um mapa da realidade complexa dos pacientes no momento de supervisão.

5 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Iniciamos o presente estudo interessados em compreender quais contribuições uma disciplina prática de Humanidades Médicas, realizada num dispositivo de saúde pública, poderia produzir para a formação em Medicina. O primeiro desafio para a pesquisa se deu pela necessidade de construir a disciplina prática logo de imediato à minha contratação, em um intervalo de 41 dias. O tempo limitado se mostrou um componente desafiador não apenas da pesquisa, mas na elaboração da disciplina, uma vez que foi necessário criar o campo de prática do zero, elaborar os objetivos do ambulatório, as competências que deveriam ser desenvolvidas, os comportamentos e habilidades que seriam analisados de acordo com as competências esperadas, os instrumentos de avaliação dos estudantes e das práticas, programar as atividades que possibilitariam as práticas e viabilizar que tais práticas acontecessem no dispositivo de saúde escolhido pelo Centro Universitário.

Observamos que tais desafios não foram exclusivos na nossa pesquisa, mas surgem nas diversas iniciativas de compor cenários práticos que objetivam transversalizar formações tradicionais. A dificuldade de construir a disciplina prática perpassou um dos grandes desafios presentes nas Humanidades Médicas como componente curricular para o curso de graduação em Medicina: não existe uma diretriz específica que elenque quais são os componentes humanísticos específicos que os estudantes precisam desenvolver ao longo do curso, o que demanda que os profissionais interessados em compor cenários práticos para a formação médica recorram apenas às Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCN) e à literatura específica/pesquisas publicadas no *Google Acadêmico* ou outra plataforma. Uma vez que não há outro documento que norteie a elaboração de disciplinas de Humanidades Médicas, o próprio Centro Universitário, instituição que fornece a formação médica que participou da presente pesquisa, também encontrou muitas dificuldades para orientar e acompanhar a criação da disciplina prática.

A graduação em Medicina também traz consigo a necessidade de construir a formação centrada no aluno, a partir do uso de tecnologias que privilegiem sua participação ativa no processo de aquisição de competências e escolarização. Diante desse desafio, foi possível que construíssemos práticas em que os estudantes participassem ativamente da composição das atividades, o que tornou suas práticas no ambulatório de Humanidades Médicas mais rica no âmbito da formação. Com isso, pudemos criar um cenário que se mostrou holístico, que articulou habilidades técnicas ao cuidado humanizado, que desenvolveu suas práticas dentro dos princípios da ética/bioética, que não se limitou ao ato técnico, que auxiliou os acadêmicos a desenvolver capacidade apropriada de comunicação com os pacientes e com outros profissionais de saúde, que fomentou habilidades de responsabilidade, compromisso, empatia, tomada de decisão e comunicação de forma eficaz e assertiva, que possibilitou reconhecer os determinantes sociais, culturais, psicológicos, ecológicos, éticos, legais, e comportamentais a respeito dos processos de saúde-doença de modo individual e coletivo e que favoreceu com que os discentes compreendessem a saúde-doença como um processo determinado de maneira múltipla, os habilitando a mapear os fatores que os produziam, tecendo modos de intervenção e de promoção de saúde de maneira adequada e ética.

A mudança do campo de prática, do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) para a Unidade Básica de Saúde (UBS), faltando uma semana para começar o semestre acadêmico, fez com que tivéssemos um período mais curto ainda para reorganizar as atividades práticas, o que aumentou o desafio de compor a sala de aula. Observamos que grande parte das dificuldades vivenciadas na aquisição de competências humanísticas tiveram a ver com o tempo para elaborar as atividades e com a necessidade de inventar alternativas para as propostas impossibilitadas de acontecer. Com isso, foi possível compreender alguns dos motivos do Centro Universitário em buscar um profissional que tivesse uma formação diversa, com uma experiência em atividades e ferramentas terapêuticas, além de flexibilidade e criatividade como habilidades para ser professor da disciplina, pois encontramos um cenário que ainda precisou ser construído, cuja construção aconteceu no momento em que as aulas práticas já aconteciam, além de demandar uma grande habilidade inventiva para contornar os incontáveis desafios que surgiram; tal percurso se tornou rico em termos de pesquisa, mas cansativo para a ofício docente no ordinário do dia a dia, uma vez que sempre surgia uma nova surpresa.

A Deriva Psicogeográfica, primeira atividade escolhida como ferramenta para a entrada na UBS do bairro de Maria Ortiz (UBSMO), como uma proposta-alternativa diante da troca de campo de prática, se tornou também uma alternativa de aula diante da ausência de grupos de pacientes na UBSMO. A Deriva se mostrou uma escolha assertiva por uma série de fatores: (1) não tivemos tempo hábil para programar uma atividade que integrasse estudantes e pacientes; (2) a Deriva dependeu apenas da participação dos estudantes, acompanhados por mim, o que atenuou as surpresas ocasionadas pela ausência de pacientes; (3) A realização da Deriva Psicogeográfica não demandou um treinamento longo e específico, uma vez que eu já havia realizado a atividade durante meu estágio de docência no Mestrado e no Doutorado em Psicologia na UFRRJ; (4) A Deriva permitiu que conhecêssemos a UBSMO e que adentrássessemos no território em que a UBS está inserida; (5) a entrada no campo de prática permitiu uma composição dos estudantes como um grupo e não apenas como a reunião de indivíduos, além da criação de um espaço de segurança e vínculo dentro do espaço de sala de aula; (6) estávamos no bairro de Maria Ortiz para realizar não apenas atendimentos clínicos, mas fomentar oportunidades para uma formação mais humanizada; (7) A Deriva psicogeográfica foi uma atividade realizada por todos os grupos de estudantes, de modo grupal e na presença do professor, cumprindo os requisitos elencados pelo Centro Universitário e; (8) Estar em Deriva nos permitiu adentrar o território e experimentar o percurso fora dos consultórios e das paredes da UBSMO e ainda compreender em que lugares os profissionais de saúde precisam se inserir e ocupar para desenvolver ações de saúde de modo integral, humanizado, promovendo saúde e diminuindo agravos.

Para nós, que estávamos ainda elaborando a disciplina prática, a Deriva Psicogeográfica nos permitiu compreender que o engajamento de uma turma dependia da construção de um espaço seguro para/com os alunos, fomentando a experiência de confidencialidade entre discentes e docente. Para isso, se tornou fundamental que o ambulatório de Humanidades Médicas fornecesse condições para que os estudantes pudessem vivenciar a aula de maneira livre, sem julgamentos, podendo errar, testar e experimentar ferramentas, comportamentos e atitudes, tudo isso enquanto recebessem supervisão e orientação no momento da aula, enquanto as habilidades estavam sendo experimentadas e

tecidas, permitindo que os acadêmicos identificassem, discutissem e avaliassem as próprias condutas nas aulas e, com isso, que fosse possível desenvolver senso crítico sobre a própria performance nas atividades e que potencializassem práticas humanizadas, minimizando os efeitos do receio de errar. Promover o desenvolvimento de um espaço de segurança e confidencialidade demandou que inventássemos uma experiência de escolarização baseada não apenas na aquisição de competências, na execução de tarefas ou no uso de ferramentas técnicas, mas que fossem sendo construídas essas habilidades e competências na experiência relacional entre discente-docente.

Tecer uma relação de horizontalidade foi fundamental para que compuséssemos uma experiência de aula segura, auxiliando na diminuição das distâncias que existem entre os discentes-docentes (na experiência acadêmica de aula) e profissionais-pacientes (na experiência clínica de atendimentos), se tornando essencial para que as competências de acolhimento, escuta e vínculo fossem experimentadas, acompanhadas, avaliadas, validadas e adquiridas de modo assertivo. A tecitura da horizontalidade foi possível a partir de diversas condutas: os acadêmicos não eram os únicos que produziam diários de bordo sobre as experiências na Deriva Psicogeográfica; o meu ato de também redigir um Diário de Bordo próprio, mesmo sendo o professor, produziu um efeito de encorajamento para que os estudantes também elaborassem seus diários; mais do que isso: compartilhar meus próprios diários, contendo minhas percepções, dúvidas, receios, inseguranças, expectativas e tudo que surgiu da experiência de Derivar, permitiu que coletivizássemos nossa experiência no ambulatório e que compreendêssemos que a insegurança e o medo de não desenvolver boas práticas não tratavam de sensações individuais, mas de uma experiência coletiva que agenciava a todos nós, pois habitávamos um espaço inédito.

A aproximação com os estudantes não se tratou de um “coleguismo” ou uma familiaridade, mas de elaborar uma experiência de ambulatório em um território comum, num plano comum, que subvertesse a lógica hierarquizada que se estabelece na relação discente-docente e profissional-paciente. Pudemos compreender que, para transversalizar a experiência de cuidado à saúde e desenvolver práticas humanizadas, tornava-se fundamental reposicionar também as fronteiras de sala de aula entre os atores que compõem a experiência de aprendizado e, só a partir disso, repensar as práticas de conexão entre os atores que compõem a rede de cuidado à saúde. Logo, foi possível adentrar na experiência de novidade proporcionada pelo ambulatório de Humanidades Médicas, mergulhar no desconhecido e experimentar as práticas de modo seguro e acolhedor, dando conta de reconhecer o campo de forças que afetou e produziu nossa experiência. Pudemos reconhecer que, quanto mais nos afastávamos da relação hierárquica entre pesquisador-professor e estudantes, nos desviando da experiência de subordinação, repressão e distanciamentos causadas pelas diferenças institucionais, mais experimentávamos a relação de plano comum com os estudantes, permitindo que tecêssemos juntos a experiência de aula, construindo aproximação e conexão que agenciaram uma experiência de segurança e pertencimento entre todos os envolvidos nas práticas.

Uma das principais críticas a respeito das práticas médicas tem a ver com o olhar clínico e sistematizado para sinais e sintomas. Observamos que a Deriva Psicogeográfica nos permitiu desenvolver uma atenção focada na processualidade, não nas formas dos objetos, e que compreendêssemos o território em torno da UBSMO para além daquilo que se via, procurando mapear os processos de produção de subjetividade que circulavam pelo território. A Deriva demandou que adotássemos uma atenção estrangeira e, com isso, convocou nos

estudantes um modo de caminhar pelo território sem buscar algo específico, que realizassem uma explorarão assistematica na experiência de caminhar, atributo que também foi usado na entrada em outros dispositivos que lançamos mão nas semanas seguintes. Com isso, os estudantes repensavam as expectativas sobre as atividades, desfaziam as percepções e conceitos anteriores aos encontros e mergulhavam no plano de forças que se constituía no momento da experiência de aula, buscando apreender a realidade que se construía no exato momento do encontro com os pacientes.

Nos diário de bordo, os estudantes puderam narrar tudo que surgia da Deriva-estrangeira: memórias pessoais, afetos, percepções sobre o bairro, sobre si mesmos, sobre suas condutas como estudantes de medicina; foi também possível reconhecer as barreiras que dificultavam a experimentação da prática de saúde de maneira humanizada: a formação em medicina que demandava a aquisição de competências técnicas e que fomentava uma lógica acelerada da percepção. Os acadêmicos reconheceram que o excesso de técnica e o apego ao roteiro instrumentalizado para as práticas em saúde dificultavam o encontro com o paciente e contaminava a ação de olhar e ouvir além daquilo que já se sabia a respeito do paciente, do território ou da UBS. Enquanto indagávamos sobre o que era possível explorar da realidade mantendo uma atitude estrangeira, surgia também o desejo dos estudantes em desfazer pressupostos, mergulhar no desconhecido que compõe a experiência de encontro, desarticular o olhar naturalizador sobre a vida e, além disso, enxergar os componentes humanísticos que precisávamos desenvolver na nossa aula prática.

A ausência de propostas de atendimentos para grupos terapêuticos na UBSMO demandou que inventássemos alternativas, em conjunto com os estudantes, para que superássemos os obstáculos no cenário de saúde. Em muitos momentos, nossas ações para transpor o próprio desafio de encontrar os pacientes foram as ferramentas usadas para refletir em sala e elaborar as habilidades de cuidado humanizado, pois permitia que assimilássemos os entraves que encontrávamos na criação e execução de propostas de cuidado à saúde na atenção básica. Diante da necessidade de elaborar uma nova prática, foi possível tecer um espaço em que os estudantes pudessem participar da construção das ferramentas e atividade que os auxiliaria a desenvolver as habilidades humanísticas, funcionando também como um dispositivo de aprendizagem, pois possibilitava um aprendizado a partir da construção da disciplina e do ambiente prático de modo ativo, numa experiência que reconfigurava a ordem tradicional de aprendizagem. Com isso, os acadêmicos puderam, pela primeira vez, participar da elaboração de um roteiro de entrevista, cuja aplicação seria realizada por eles mesmos, com pacientes reais, em um cenário de prática de saúde real.

A composição do roteiro por parte dos estudantes permitiu delinear conceitos importantes para a humanização do atendimento, como reconhecer as diferenças entre as habilidades de ouvir e escutar; a escuta, inicialmente tomada pelos estudantes como habilidade pouco relevante, passou a ser avaliada como componente fundamental para o atendimento humanizado, no momento de encontro com os pacientes na entrevista, uma vez que nela se engendrava por todos os componentes do Método Clínico Centrado na pessoa, proposto pelo Ministério da Saúde. Como na experiência de Deriva Psicogeográfica, a Entrevista Cartográfica também possibilitou que os estudantes construíssem um espaço ativo no processo de aprendizagem e que compusessem ferramentas relacionais, como a sensibilidade para ouvir com atenção e calma, acolher o paciente no encontro e ter legítimo interesse em escutar, não dependendo apenas da elaboração de um instrumento técnico minucioso, mas de um manejo adequado do instrumento e da técnica.

Estar em entrevista com uma percepção processual permitiu que identificássemos nos acadêmicos um certo ímpeto de olhar a entrevista como um procedimento automatizado, dentro de um roteiro que precisasse ser seguido à risca, engessado, que marcava a vida e o discurso do paciente apenas pela resposta dada a cada pergunta. Porém, o contato com o paciente apontou para a necessidade de compor novas atitudes que permitissem não apenas coletar informações, mas ofertar escuta, que construísse aproximação, confiança, vínculo e ainda compreender a processualidade da vida de quem era entrevistado; foi possível que os estudantes experimentassem um devir-encontro, capaz de romper com a experiência de entrevista fundamentada no modelo, permitindo que novos sentidos, novas direções e novos manejos fossem trilhados. O abandono do roteiro sistematizado possibilitou que os acadêmicos construíssem uma abertura para encontrar os pacientes e ouvi-los como estrangeiros, desfazendo ideias prévias e explorando aquilo que o paciente compartilhava, experimentando o momento de encontro em sua potencialidade e tecendo ferramentas de vínculo no momento de entrevista, de acordo com a necessidade daquele encontro de forças.

Estar fora do consultório, em entrevista, demandou que os estudantes compusessem um *setting* para o encontro com os pacientes e, com isso, que compreendessem que o consultório de atendimento não é o requisito para o vínculo e a segurança serem experimentadas pelos pacientes e, portanto, se tornava necessário inventar um espaço de segurança e confidencialidade, tecendo o espaço de acordo com a necessidade do encontro. Dessa forma, foi possível reconhecer que, para uma boa entrevista, não bastava o roteiro, mas um bom manejo, com empatia, parceria, compaixão, abertura, com elementos comportamentais para facilitar a aproximação, não como uma reprodução de um *checklist*, mas a composição do encontro baseado nas forças que atravessavam e constituíram aquela entrevista que estava sendo realizada. Na composição do espaço de segurança e vínculo, os acadêmicos puderam reconhecer a necessidade de superar a relação com os pacientes baseada na neutralidade e na hierarquia, uma vez que, no encontro, pacientes e estudantes se afetavam mutuamente e compunham juntos a experiência de encontro. Foi possível tecer um plano comum, a partir da construção de um *rappoport*, favorecendo a tecitura do vínculo, com foco não na execução de uma entrevista, mas no encontro, em um plano de aproximação que fugisse das relações homogêneas e hierarquizadas.

A visita domiciliar também possibilitou tecer reflexões sobre a construção de um espaço de escuta e de acolhimento para os pacientes, o que foi muito rico para a aprendizagem. Para alguns estudantes, foi o primeiro contato com pacientes com transtorno mental severo fora da configuração de consulta diagnóstica com condutas farmacológicas, o que nos permitiu identificar e acompanhar os sinais e sintomas típicos de determinados diagnósticos psiquiátricos, mas também contribuiu para que os estudantes pudessem acompanhar as processualidades em torno da vida dos pacientes, reconhecer fatores que extrapolavam o diagnóstico e, nesta tecitura, compreender a narrativa dos pacientes como produto de uma articulação mais ampla da vida, como uma produção de subjetividade que ia além da nosologia diagnóstica e que incluía afetos, desejos, sonhos, traumas, aspectos culturais, sociais, econômicos, dentre outros que interferiam na saúde-doença.

Estar na casa dos pacientes demandou que os estudantes mergulhassem na experiência de encontro, sem apego aos roteiros, reposicionando as expectativas e construindo reflexões e condutas baseadas no encontro e nas conexões que se teciam na visita, operando novamente numa atitude de estrangeiro, de abrir mão das compreensões naturalizadas, ouvindo e vendo como se fosse a primeira vez, mergulhando no encontro e desenvolvendo uma prática de

saúde a partir da composição de novos significados para a relação entre estudantes e pacientes. Nessa nova composição das práticas acadêmicas, foi possível construir novas ferramentas de cuidado, lançando mão de uma atenção cartográfica, capturando pontas de processos em curso e compondo a rede de cuidado de maneira singular e efetiva, numa lógica de cuidado humanizado.

A visita domiciliar permitiu, também, a invenção de métodos de intervenção que não tinham foco na supressão de sintomas psiquiátricos, mas na promoção de saúde, no aumento da autonomia para o paciente, na elaboração de enfrentamentos para desafios que subtraíam a potência de vida e que aumentavam os agravos à saúde. Foi possível que tratássemos da vida como agenciamento capaz de superar os procedimentos que codificam, padronizam e engendram modos únicos de ofertar cuidado, elaborando saídas que enfrentassem o estigma do diagnóstico, o isolamento e a infantilização da pessoa com transtorno mental, permitindo que os estudantes inventassem estratégias que superassem as produções de subjetividades que hierarquizavam a relação entre os discentes e pacientes. Dessa forma, foi viável discutir sobre o olhar automatizado e “esquadinhador” para sinais e sintomas do corpo, visando diagnosticar, e se voltar para a compreensão das relações de encontro que resistiam aos fios narrativos que concebiam a vida para além da ótica exclusiva do corpo, inventando possibilidades para a vida e para o cuidado médico a partir da tecitura de devires que favoreceram movimentos rizomáticos, não apenas para os pacientes sobre seus desafios, mas principalmente para os estudantes a respeito da própria formação acadêmica.

A impossibilidade de realizar novas Derivas Psicogeográficas, Visitas Domiciliares e Entrevistas Cartográficas demandou que inventássemos novas alternativas para tornar possível a aquisição de habilidades humanísticas, para tecer o campo de prática em Humanidades Médicas, novamente enriquecendo a discussão da pesquisa a respeito da composição de um campo de prática, mas estabelecendo novos obstáculos para o pragmático cronograma de aulas acadêmicas. Com a criação do dispositivo de acolhimento psicológico, inspirado no plantão psicológico, foi possível proporcionar aos estudantes o contato com os desafios relacionados com a oferta de cuidado à saúde, principalmente pela necessidade de elaborar a prática do zero, com poucos recursos humanos, colaborativos, materiais didáticos e ambientais. Os acadêmicos puderam, de modo ativo, participar novamente da criação e composição das ferramentas que os possibilitaria exercitar as habilidades humanísticas, ao mesmo tempo em que também adquiriam tais habilidades.

Durante a oferta de cuidado, foi possível que os estudantes desenvolvessem formas singulares para acolher e atender os pacientes, pois puderam atuar de forma ativa nos atendimentos, uma vez que o manejo do atendimento não esteve centrado no professor. Dessa forma, novas ferramentas foram elaboradas pelos próprios discentes, de acordo com identificações e avaliações de necessidades elaboradas pelos mesmos, como a criação de um momento de recepção do paciente no momento de abertura do encontro, assim como a elaboração de ferramentas para tecer aproximações com os pacientes logo do início do atendimento, como quebrar o gelo, ter carinho e boa acolhida, fazer uso de um repertório de comportamentos e atitudes que permitissem pessoalizar e humanizar a experiência de atendimento. Ser ativo no atendimento permitiu que os estudantes identificassem a necessidade de inventar um vínculo terapêutico com o paciente, uma vez que a aproximação foi observada como mecanismo fundamental para a potencialidade da experiência de encontro, além de favorecer a investigação dos processos de produção de subjetividade que recaíam nos processos de saúde-doença, permitindo também construir caminhos alternativos

para os desafios compartilhados nos atendimentos. Foi possível elaborar, em conjunto com os estudantes, um modelo de apresentação do dispositivo de acolhimento, numa elaboração de aliança terapêutica, também advinda da colaboração ativa dos acadêmicos, possibilitada não apenas pelos encontros com os pacientes, mas pelas discussões desenvolvidas nas supervisões.

Na experiência de cartografar processos de subjetivação, identificamos que se tornava necessário, no encontro com o paciente, elaborar mecanismos que possibilissem não apenas que investigássemos as vidas dos pacientes, mas que elaborássemos ferramentas para que os pacientes expressassem como se sentiam e, a partir da expressão, que identificássemos/produzíssemos em conjunto a demanda para aquele encontro, além de mapear os fatores produtores destas. A experiência de escuta ativa possibilitou que o acolhimento ofertado fosse maior do que ouvir sinais e sintomas, pois nos inserimos no encontro com atitude desnaturalizadora e despatologizadora, compreendendo que acompanhar as dimensões processuais da narrativa dos pacientes potencializava as intervenções. Compreendemos que, mais do que o apego às formas que os pacientes se apresentavam, as habilidades humanísticas permitiram a aproximação com o paciente, o que possibilitou mapear os desafios que eram compartilhados conosco e, nestes acompanhamentos, compreender o contexto social, as influências individuais, familiares, relacionais, dentre outros, que nelas interferiam e as produziam, possibilitando que os estudantes elaborassem alternativas para o cuidado centrado no campo da medicina. Consequentemente, pudemos mapear os movimentos que os pacientes realizavam no enfrentamento das queixas compartilhadas, além de compor novas saídas, alternativas que possibilissem a construção de novas práticas de saúde, baseadas na autonomia, autorreflexão, operando na experiência de encontro como ferramenta de invenção de saúde, que favoreciam linhas de fuga para quem é cuidado e quem cuida.

Por fim, reconhecemos que construir um cenário que possibilite o desenvolvimento de habilidades humanísticas atravessa o desafio de afirmar as Humanidades Médicas como um campo de atuação. Cartografar as contribuições do acolhimento psicológico na UBSMO só foi possível porque criamos uma série de dispositivos, técnicas, ferramentas que, lançadas no campo de forças, agenciou desafios e demandou estratégias de enfrentamento para todos os envolvidos. Participar do ambulatório de Humanidades Médicas funcionou como um laboratório inventivo de novas possibilidades de ser estudantes de medicina e futuro médico, não adquirindo apenas habilidades relacionadas ao acolhimento, mas criar possibilidades de agenciamentos para além das experiências vivenciadas nos cenários de prática. Esse mergulho na experiência nos permitiu ainda compreender os desafios acerca da escolarização médica na implementação de práticas humanizadas e, se tratando de uma pesquisa em movimento, que compuséssemos alternativas, novos modos de atuar em saúde, que inventássemos saídas, com novos movimentos, novas atitudes que potencializassem a vida e o cuidado médico humanizado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA TESE

Alexandre, Vinícius., Vasconcelos, Nilce Ávila de Oliveira Palis de., Santos, Manoel Antônio dos., & Monteiro, Joana Filipa Afonso. (2019). O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. PSicol., Ciênc. Prof., 39(188484), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003188484>.

Almeida, Erika Rodrigues de., Martins, Adriano Ferreira., Macedo, Herineide Madeira., & Penha, Rodrigo Chávez. (2017). Projeto mais médicos para o Brasil: uma análise da supervisão acadêmica. Interfaces: comunicação, saúde e educação, 21(1), 1291-1300. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0558>.

Alvarez, Johnny., & Passos, Eduardo. (2015). Cartografar é habitar um território existencial. In Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Escóssia, Liliana da. (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 131-149.

Amorim, F. B. T., Branco, P. C. C. & De Andrade, A. B. (2015). Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. Revista Contextos Clínicos, 8(2), 141-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.03>.

Andrade, Renata Dinardi Rezende. (2005). Discussão X construção do caso clínico. Mental, 3(4). Recuperado de: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000100004.

Antunes, A. A., & Ferro, A. S. (2015). Plantão psicológico: A construção de um “projeto” sobre as vicissitudes humanas no espaço educacional, narrando a intertextualidade de uma experiência psicológica no instituto federal de Goiás. Revista EIXO, 4(1), 75-80. DOI: <https://doi.org/10.19123/eixo.v4i1.213>.

Antunes, Mariana Sawchuk Moura Marques., Lyra, Pedro Puccioni de Oliveira., Ferreira, Deisianny dos Santos., Catharina, Luiza Brandão., Machado, Julia da Mata Xavier Pinheiro., Lourenço, Manuela Wendling Russo., Silva, Luísa Leite Vaz da., & Müller, Manuela Rodrigues. (2022). Repensando a queixa principal do paciente, contribuições de pesquisas desenvolvidas por estudantes de medicina para o cuidado centrado na pessoa. Rev. Inter. Educ. Saúde, 6(4407). DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2594-7907ijeh.2022.e4407>.

Araujo D, Miranda M. C. G. & Brasil S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. Rev Baiana Saude Publica. 2007; 31(1):20-31. Recuperado de [Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade | Rev. baiana saúde pública;31\(supl.1\): 20-31, jun. 2007. | LILACS \(bvsalud.org\)](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000100004)

Arakawa, Aline Megumi., Lopes-Herrera , Simone Aparecida., Caldana, Magali de Lourdes., & Tomita, Nilce Emy. (2012). Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na estratégia de saúde da família. Rev. CEFAC, 14(6), 1108-1114. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462012005000010>.

Arlacão, I. (1994), Supervisão de professores e Reforma Educativa. IGE-Informação, 3(1).

Alarcão I., & Tavares, J. (2003). Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina.

Ayres, J. R. de C.; Rios, I. C.; Schraiber, L. B.; Falcão, M. T. C & Mota, A. (2013). Humanidades como disciplina da graduação em Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, 37(3), 455-463. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300019>.

Balestra, Eduarda Vianna Guimarães., Magalhães, Lorena Torres., Franco, Isadora Eloi., Guerra, Rafaella Faria de Oliveira., Silveira, Ana Paula Stiefiano Ferraz., & Silva, Constanza Thaise Xavier. (2020). Atividade prática-exploratória no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) Crescer de Anápolis: um relato de experiência. Revista Master - Ensino, Pesquisa e Extensão, 5(9), 11-14. Disponível em: <https://revistamaster.imepac.edu.br/RM/article/view/128>.

Barbosa, J. S. (2018). A integração das disciplinas de humanidades em currículos médicos a partir de uma análise documental e opinativa. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal de Alfenas-MG. Recuperado de <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/1252>.

Barbosa, Mirian Santana., & Ribeiro, Maria Mônica Freitas. (2016). O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. Rev Med Minas Gerais, 26(8). Recuperado de <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.

Barros, Laura Pozzana de, & Kastrup, Virginia. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In Passos, Eduardo, Kastrup, Virginia, & Escóssia, Liliana. (Orgs.), Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 52-75.

Barros, Regina Benevides de. (2013). Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Editora Sulina/Editora da UFRGS.

Batista, N. A.; Vilela, R. Q. B. & Batista, S. H. (2015). Educação Médica no Brasil. São Paulo: Editora Cortez.

Bastos, Gisele Alsina Nader., & Luísa, Rabeno. (2013). Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. Rev. Bras. Epidemiol., 16(1), 114-124. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100011>.

Berletta, Janaína Bianca., Fonseca, Ana Lúcia Barreto da., & Delabrida, Zenith Nara Costa. (2012). A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental. Psicologia: teoria e prática, 14(3), 153 - 167. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300013.

Bezerra, E N. (2014). Plantão psicológico como modalidade de atendimento em psicologia escolar: limites e possibilidades. Estudos e pesquisas em psicologia, 14(1), 129 - 143. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100008.

Botti, Sérgio Henrique de Oliveira. (2009) O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese (Doutorado em Ciências, Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Recuperado de: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_c7adcbacc0d6974e06712c74dc8b2f6.

Branco, Favonia Castelo., & Silva, Zoraide Cerqueira da. (2016). O processo de trabalho do Assistente Social: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Infantil e do Adolescente (CAPS IA) em Lauro de Freitas. Revista Acadêmica Universo Salvador, 2(4).

Disponível em: [http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1UNIVERSOSALVADOR2&page=article&op=view&path\[\]](http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1UNIVERSOSALVADOR2&page=article&op=view&path[])=5484.

Brasil. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (2001). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília; 9 nov 2001; Seção 1, p. 38. Recuperado de <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/796/resolucao-cne-ces-n-4>.

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasilia, DF. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Brasil (2005). Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html.

Brasil. (2014). Ministério da Educação. Resolução CNS/CNE nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rce003_14.pdf/view.

Breschigliari, J. O., & Jafelice, G. T. (2015). Plantão psicológico: Ficções e reflexões. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 35(1), 225-237. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000112014>.

Brito, L. D. S. & Dantas, J. B. (2016). Plantão Psicológico: Ampliando Possibilidades De Escuta. Revista de Psicologia, 7(1), 232-241. Recuperado de <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/21220>.

Bucker, Larissa Cardoso Garnier.; Franco, Lays Soares.; Leão, Maria Olívia Gomes Cunha.; Oliveira, Matheus da Rocha; Higino, Soraya Miranda. (2018). Comunicação acessível na relação médico-paciente durante a anamnese. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico, 1(4), 133-142. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/191/153>.

Cabral, Mariana Pompílio Gomes., Batista, Maxmiria Holanda., Gomes, Nicolas Araújo., Fontenele, Amanda Carolina Trajano., & Rocha, Raul Crisóstomo. (2022). Educação médica, raça e saúde: o que falta para a produção de um projeto pedagógico antirracista? Revista brasileira de Educação Médica, 46(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210343>.

Cardoso, Cíntia Garcia., & Hennington, Élida Azevedo. (2011). Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trab. Educ. saúde, 9(1), 85-112. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>.

Carvalho, F. L. de S.; Ferreira, M. de O; Catunda, M. L & Do Nascimento, F. E. R. (2022). Plantão Psicológico em contexto hospitalar: compartilhando saberes, desmistificando práticas. Pensar Acadêmico, 20(1), 106-116. Recuperado de <https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/2676>.

Cautella Junior, W. (2012). Do inominável à produção de sentido: o plantão psicológico em um hospital geral como utensílio para a metaforização da crise pelo trágico. 136

Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo. Recuperado de <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-25072012-094215/pt-br.php>.

Chaparim, Matheus Alcântara Silva., & Oliveira, Eduardo Romero. (2019). Desafios e Reflexões na apreensão afetivada da cidade: a deriva como procedimento metodológico. *Geoatos: Revista Geografia em Atos*, 12(5), 60-80. DOI: _____.

CID-11. Classificação Internacional de Doenças. (2022). 11^a edição. São Paulo.

Cintra, Amanda Mendes Silva., Mesquita, Luana Pinho de., Matumono, Sílvia., &, Fortuna, Cinira Magali (2017). Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão interativa. *Fractal, Rev. Psicol.*, 29(1), 45-53. DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1453%0D>.

Coelho, Márcia Oliveira., & Jorge, Maria Salete Bessa. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217 de 7 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.

Corrêa, Sandra Lourenço. (2006). Esquizoanálise: Clínica e Subjetividade. Araçatuba: *Avesso do Avesso*. 4(4), 33 – 51.

Costa, Danilo Campos., Costa, Nilce Maria da Silva Campos., & Pereira, Edna Regina Silva. (2023). Os papéis do professor de medicina: diálogo entre teoria e prática no ensino superior. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 47(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2022-0183>.

Costa, Maria Alice da Silva Gonçalves., Soares, Gustavo Fonseca Genelhu., Lisboa, Leonardo Antonio Vieira., & Ribeiro, Priscila Avelino Pereira. (2023). Esquizofrenia: perspectivas atuais acerca do diagnóstico, tratamento e evolução clínica da doença. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 61-71. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-007>.

Costa, Luciano Bedin da. (2014). Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV*, 7(2), 66-77. DOI: <https://doi.org/10.5902/1983734815111>.

Covas, Dimas Tadeu., & Moreira, Ayrton Custódio. (2013). Comunicação médico-paciente e anamnese. In *Semiologia geral e especializada*. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan.

Da Ros, M. A. (2004). A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins, J. J. N.; Rego S.; Lampert, J.B. & Araújo, J. G. C. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 224-244.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2003). *Kafka: para uma literatura menor*. Assírio e Alvin.

Deleuze, Guilles., & Guattari, Félix. (2011a). *O Anti-Édipo*. (2a. ed., 2^a Reimpressão. Coleção TRANS). São Paulo: Editora 34.

Deleuze, Guilles., & Guattari, Félix. (2011b). *Mil Platôs Vol. 1*. (2a ed., 2a Reimpressão. Coleção TRANS). São Paulo: Editora 34.

Deleuze, Guilles., & Guattari, Félix.. (2011c). *Mil Platôs Vol. 3*. (2a ed., 1a Reimpressão. Coleção TRANS). São Paulo: Editora 34.

Delalibera, Mayra., Presa, Joana., Barbosa, António., & Leal, Isabel. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: uma

revisão sistemática da literatura. Ciência e Saúde Coletiva, 20(9), 2731-2747. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>.

De Marco, Mario Alfredo., Vessoni, Ana Luiza., Capelo, Augusto., & Dias, Cíntia Camargo. (2010). Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 14(32), 217-227. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100018>.

De Souza, A. M., & De Souza, B. N. (2011). Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): Saberes e práticas compartilhados. Revista Estudos de Psicologia, 28(2), 241-249. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200011>.

Diniz, Nilson Fernandes (2008). A esquizoanálise: um olhar oblíquo sobre corpos, gêneros e sexualidades. Sociedade e Cultura, 11(2), 355-361. DOI: <https://doi.org/10.5216/sec.v11i2.5293>.

Dutra, E., & Rebouças, M. S. S. (2010). Plantão psicológico: Uma prática clínica na contemporaneidade. Revista da Abordagem Gestáltica, 16(1), 19-28. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100004.

Escossia, Liliana da., & Tedesco, Silvia. (2015). O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 92-108.

Farinha, M. G., Gonçalves, L. O., & Goto, T. A. (2016). Plantão psicológico em unidade básica de saúde: Atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. Revista da Abordagem Gestáltica, 22(2), 225-232. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000200015.

Fernandes, Isabela Silva., Marcial, Laíse da Silva Dias., Lima, Fabiane Petean Soares de., & Salles, Rodrigo Jorge. (2023). Saúde mental de cuidadores de idosos: uma revisão narrativa. Rev. Psicol. Saúde e Debate, 9(1), 94-110. DOI: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N1A6>.

Ferreira, Ana Beatriz Damiani., Teixeira, Leonardo Campos., & Fidalski, Solena Ziemer Krusma. (2024). Ouvir, tocar, falar: expectativas do paciente em relação ao médico da atenção primária. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, 19(46). DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4226](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4226).

Ferreira, Ana Paula Chacon., & Campos, Elisa Maria Parahyba. (2023). A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. Psicologia: Ciência e profissão, 43(244855), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244855>.

Ferreira, Tiago Alfredo da Silva., Matos, João Pedro Alves., Souza, Mateus Mattos., & Rodrigues, Sidarta da Silva. (2022). Medicinalização da vida e análise alínica do comportamento. Revista Latina de Análisis de Comportamento, 30(1), 73-87. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2745/274570459004/html/>.

Fonseca, Maria Eduarda de Carvalho., Oliveira, Gabriel Sances Freitas., Germiniani, Ana Elisa Rodrigues., Hermeto, Maria Eduarda Silva., & Reis, Rogério Donizeti. (2024). Perfil sociodemográfico e capacidade de autocuidado do cuidador informal familiar de pessoas idosas. Santé, 3(2), 8-17. Disponível em: <https://periodicos.unidep.edu.br/sante/article/view/303>.

Fonseca, C. M. (2006) A história da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: Lima, N. T. & Santana, J. P. de (Orgs.). Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da 138

ABRASCO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Recuperado de https://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCO_25_ANOS/03%20Cap-1.pdf.

França, Lívia Mara Botazzo. (2018). O Clinamen em Deleuze: uma estética do desvio. XIII Encontro de história da arte. 13, 551-559. DOI: <https://doi.org/10.20396/eha.13.2018.4494>.

Freitas, Flávia Garcia., Viana, Matheus Lacerda., Medeiros, Alynne de Brito., & Oliveira, Rúbia Carla. (2022). Relação médico-paciente: a importância de um atendimento humanizado. Brazilian Journal of Health Review, 5(6), 25301-25310. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-268>.

Freitas, M. & Pereira, E. R. (2018). O Diário de campo e suas possibilidades. Quaderns de Psicologia, 20(3). DOI: <http://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1461>.

Furlan, Cláudia Elisângela Fernandes Bis. (2011). Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Ciências. Programa de Enfermagem Fundamenta. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Recuperado de: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31102011-081856/publico/ClaudiaElisangelaBisFurlan.pdf>.

Garcia Júnior, Carlos Alberto severo. (2020). Humanidades: ensino de "nova"dimensão ética na educação médica. Rev. Bioét., 28(3), 479-485. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283410>.

Giglio-Jacquemot, A. (2005). Definições de urgência e emergência. FIOCRUZ, 15-26. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/zt4fg/pdf/giglio-9788575413784-03.pdf>.

Gil-Monte, Pedro. (2004). Cuidando de quem cuida. Psicol. Estud., 9(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100017>.

Góes, B. L. de B.; Porto, N. C. P. & Fernandez, E. M. C. (2021). O plantão psicológico na clínica psicossocial: uma alternativa de acesso à saúde mental na saúde pública no Brasil. Brazilian Journal of Health Review, 4(2), 5324-5335. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-105>.

Gomes, Andréia Patrícia., Gonçalves, Lucas Lacerda., Maia, Polyana Mendes., Pereira, Sandra de Oliveira., Castro, Adriano Simões Barbosa., Pereira, Jorge Luiz., Bayão, Taciana de Souza., Freitas, Rodrigo de Barros., Montenegro, Stefania Salvador Pereira., & Siqueira-Batista, Rodrigo. (2020). Sigilo, confidencialidade e privacidade: perspectivas pedagógicas na Estratégia de Saúde da Família. empus, actas de saúde colet, Brasília, 14(2), 121-135. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i2.2796>.

Gomes Júnior, Djalma Alves de Magalhães. (2021). Cartografias de grupos *online*: produção de subjetividade em estudantes. Dissertação de Mestrado em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica.

Gomes Júnior, Djalma Alves Magalhães., & Rocinholi, Luciene de Fátima. (2021). Adolescentes escolares: cartografias de um grupo terapêutico nômade. Psicologia em Revista, 27(3), 834-851. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n3p834-851>.

Gomes Júnior, Djalma Alves de Magalhães., e Rocinholi, Luciene de Fátima. (2023). A invenção de um *setting online* para atendimento psicológico remoto. Psicol. Cien. Prof., 43(255712), 1-17. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003255712>.

Gomes Júnior, D. A. M., Araújo, S. M. S., & Rocinholi, L. F. (2020). O contexto escolar e a promoção de saúde em adolescentes. In A. C. A. Peixoto, C. C. Vicente, & L. F. Rocinholi (Orgs.), Práticas na formação em psicologia: Supervisão, casos clínicos e atuações diversas. Editora Appris, 17-38.

Gonçalves, Luciane Suélen., & Resende, Kênia Izabel David Silva de. (2024). Construto socioemocional e suas contribuições para a Psicologia e Educação. *Fractal, Rev. Psicol.*, 36(38241). DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2024/v36/38241>.

González A. D.; Almeida, M. J. (2010). Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*, 20(2), 551-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>.

Graciano, M. M. de C. (2014). O modelo biopsicossocial e o método clínico centrado no paciente. In: Guia para uma boa história: anamnese clínica e psicossocial na comunidade [material didático]. Alfenas: Unifenas.

Graham, J. (2016). Medical Humanities Coursework Is Associated with Greater Measured Empathy in Medical Students. *Am J Med* [online], 129(12). 1334-1337. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.08.005>.

Guattari, Félix. (1987). Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense.

Guattari, Félix., & Rolnik, Suely. (2013). Micropolítica: Cartografias do Desejo. (12a ed., 4a Reimpressão). Petrópolis: Vozes.

Hirão, Helio., Nunes João., & Ramos, Alfredo (2022). Ensino de projeto habitando os territórios habitados: deriva e cartografia. *Revista Projetar: Projeto e Percepção do ambiente*, 7(1). DOI: <https://doi.org/10.21680/2448-296X.2022v7n1ID25775>.

Hur, Domenico Uhng. (2009). O dispositivo de grupo na Esquizoanálise: Tetravalência e esquizodrama. *Revista do NESME*, 9(1), 1-60.

Hur, Domenico Uhng., & Viana, Douglas Alves. (2016). Práticas grupais na esquizoanálise: cartografia, oficina e esquizodrama. *Arq. Boas. Psicol.*, 68(1). Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672016000100010.

Hur, Domenico Uhng. (2019). Psicologia, política e esquizoanálise. 2^a edição. Campinas: Editora Alínea.

Ishikawa, Letícia Fascina. (2021). Luto do coração partido: compreendendo o processo de luto pelo término de um relacionamento amoroso. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para o Curso de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. São Paulo. Recuperado de: <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/26308>.

Kastrup, Virginia. (2015) O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Escóssia, Liliana da. (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 32-51.

Kastrup, Virginia., &, Barros, Regina Benevides de. (2015). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 76-91.

Kastrup, Virginia. (2019). A atenção cartográfica e o gosto pelos problemas. Rev. Polis Pisque, 9, 99-106. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000400007.

Kastrup, Virginia., & Passos, Eduardo. (2016). Cartografar é traçar um plano comum. In: Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum - volume 2. Porto Alegre: Editora Sulina, 15-41.

Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 3(1), 48-70. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/wbJxmfpRcpNXYjChnxzVWps/abstract/?lang=pt>.

Koroiwa, Alessandra Yutani., Duarte, Bethânia Souza., Cunha, Gessyca Bôm Ribeiro., & Dias, Ranielle Pereira. (2018). A Relação médico-paciente e os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico, 1(4), 51-61. Disponível em: <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/359>.

Koroiwa, Alessandra Yutani., Duarte, Bethânia Souza., Cunha, Gessyca Bôm Ribeiro., & Dias, Ranielle Pereira. (2018). A Relação médico-paciente e os aspectos envolvidos na adesão ao tratamento. Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico, 1(4), 51-61. Disponível em: <http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/359>.

Larcher, L. (2019). O Diário de Bordo e suas potencialidades pedagógicas. OuvirOUVer, 15(1), 100-111. DOI: <http://doi.org/10.14393/OUV24-v15n1a2019-7>.

Lima, Eduardo Carneiro., Santos, Ana Cristina Batista dos., & Sampaio, Patrícia Passos. (2022). A pesquisa como fazer-metodológico de pesquisadores organizacionais: investigando fenômenos contemporâneos. REA, Rev. Eletrôn. Adm., 28(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.350.119231>.

Lino, Denis., Bernardes, Mônica., Cecconello, William Weber., & Santos, Natália Sierota dos. (2023). O rapport como técnica para obtenção de informações em entrevistas investigativas. Rev. Boas. Segur. Pública, 17(2), 184-201. DOI: <https://doi.org/10.31060/rbsp.2023.v17.n2.1584>.

Lopes, A. C. & Macedo, E. (2013). Teorias do currículo [livro eletrônico]. São Paulo: Cortez.

Lütz, Kevin Timm., Carvalho, Diego de., & Bonamigo, Elcio Luiz. (2019). Sigilo profissional: conhecimentos de alunos de medicina e amigos. Rev. Bioét., 27(3), 471-481. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-8042201927331>.

Macedo, C. M. V. & Andrade, R. G. N. (2012) Imagem de si e autoestima: a construção da subjetividade no grupo operativo. Psicologia em pesquisa, UFSF 6(1), 74-82. Recuperado de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472012000100010.

Machado, Lucas José., Ribeiro, Maria Mônica Freitas., & Guimarães, Milena Maria Moreira. (2019). Entrevista e anamnese: uma análise crítica dos vários autores e propostas de roteiro e registro de consulta baseados no método clínico centrado no paciente. Revista médica de Minas Gerais, 3(30502). DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20200068>.

Mahfoud, M. (1987). A Vivência de um desafio: Plantão Psicológico. In: Rosemberg, R. L. (Org.), Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. São Paulo: E.P.U, 75-83.

Maia, Rodrigo da Silva., Araújo, Tereza Cristina Santos de., Silva, Neuciane Gomes da., & Maia, Eulália Maria Chaves. (2017). Instrumentos para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 13(1), 55-63. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20170009>.

Mauaés, Cristiane Ribeiro., Bastos, Fabíola de Arruda., Sousa, José Pedro da silVA., Júnior, José Wilker Gomes de Castro., Vallinoto, Mariana Caíres., & Nascimento, Marina Rodrigues Pinheiros do. (2023). Clínica médica: manual do estudante de medicina - anamnese e prescrição. Ponta Grossa: Atena.

Marinho, Vinicius Lopes. (2023). O papel do preceptor na formação de futuros médicos no internato médico: de preceptor a mentor. Tese de doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em ensino, da Universidade do Vale do Taquari, para obtenção do título de Doutor em Ensino.. Recuperada de: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/532cf8ed-27bb-4a72-86e4-2ea2f3a81775/content>.

Matos, João Pedro Alves. (2018). Rotulação diagnóstica psiquiátrica e atribuição de autonomia. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Recuperado de <https://pospsi.ufba.br/rotulacao-diagnostica-psiquiatrica-e-atribuicao-de-autonomia>.

Medeiros, N. S.; Santos, T.R.; Trindade, E. M. V. & Almeida, K. J. Q (2013). Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev. Bras. Educ. Med.* 37(4), 515-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000400007>.

Melo, A; L. S. F.; Moysés, S.T. & Moysés, S. J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface* (Botucatu), 14(34), 683-692. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-2108>.

Moreira, A. F. B. & Silva, T. T. Da. (2002) Currículo, Cultura E Sociedade. 7. Ed. São Paulo: Cortez.

Moreira, G.; Dantas, J. B. & Dutra, A. B. (2022). Ausência como urgência: o Plantão Psicológico em situações de perdas e luto. *Revista do NUFFEN: Phenomenology and Intersdisciplinarity*, 14(2), 1-11, Recuperado de <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/21878/978>.

Morero, Juceli Andrade Paiva., Bragagnollo, Gabriela Rodrigues., & Santos, Maria Tereza Signorini. (2018). Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Rev. Cui.*, 9(2), 2257-2263. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.503>.

Moura, A. C. A. de; Mariano, L. de Á.; Gottems, L. B. D.; Belognani, C. V.; Fernandes, S. E. S. & Bittencourt, R. J. (2020). Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190189>.

Moura, E. P.; Moura, T. P.; Cordeiro, J. C.; Chaves, T. de F.; Peixoto, A. B. & Peixoto, J. M. (2021). Estratégias atuais utilizadas para o ensino da empatia na graduação médica: revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 13(2). DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e6374.2021>.

Nascimento, Valéria Pereira do., Zannata, Telma Brasil., Balestra, Rackel., Salvador, Zelcimar Lemos., & Vieira, Ângela Cristina Bueno. (2016). O convívio do animal com a pessoa portadora do diagnóstico de Esquizofrenia refletindo na mudança comportamental. *Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos - UNIVERSO/Goiânia*, 1(1). Recuperado de:

[http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=view&path\[\]](http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=view&path[])=6485.

Nóbrega, Rafaela Francisco da. (2019). Devir minoritário: por uma estética da resistência. *Ver. Interd. Em Cult. E Soc. (RICS)*, São Luiz, (2), 217-228.

Nogueira, M. I. (2009). As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 262-270. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200014>.

Nogueira, M. I. (2014). A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 909-930. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300013>.

Oliveira, Natacha Hennemann., & Benetti, Sílvia Pereira da Cruz. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229044976010>.

Oliveira, R. C. M. (2014). (Entre)linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (auto)biográfica. *Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos*, 2(4). Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7493028/mod_resource/content/1/1059-Texto%20do%20artigo-2503-1-10-20141231.pdf.

Oliveira, Miriam Avani Rodrigues de., Martins, Márcio André Rodrigues., & Hartmann, Ângela Maria. (2022). Cartografia de uma experiência em educação ambiental: entre imaginação e observação. *Revista insigne Scientia*, 5(1), 169-191. DOI: <https://doi.org/10.36661/2595-4520.2022v5n1.12629>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2022). Transtornos mentais. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>.

Pacca, Felipe Colombelli., Junior, Araré de carvalho., Marques, Norma Barbosa Novaes., Cury, Patrícia Maluf., Iembo, Tatiane., & Neto, Toufic Anbar. (2024). Avaliação global: uma iniciativa na avaliação de competências de estudantes de medicina. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 1064-1080. DOI:

Paixão, Luciana Cunha., & Guedes, Lidiane de Fátima Barbosa. (2016). Experimentação cartográfica: relato de experiência nos caminhos da visita domiciliar em saúde mental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(2), 198-205. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v5i2.1054>.

Parpinelli, Roberta Stubs, & Souza, Edmilson Wantuill Freitas de. (2005). Pensando os fenômenos psicológicos: um esnaio esquizoanalítico. *Maringá: Psicologia em Estudo*, 10(3), 479-487. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300016>.

Passos, Eduardo., & Barros, Regina Benevides de. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Escóssia, Liliana da. (Orgs.). *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina, 17-31.

Passos, Eduardo., & Eirado, André do. (2015). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Escóssia, Liliana da. (Orgs.). *Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina, 109-130.

Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva. (2016). A experiência cartográfica e a abertura de novas pistas. In Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 07-14.

Peixoto, J. M. & Moura, E. P. (2020). Mapa da Empatia em Saúde: Elaboração de um Instrumento para o Desenvolvimento da Empatia. Rev Bras Educ Med. Brasil, 44(1), 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190151>.

Penteado, Lauren Sadotin; Silva, Maria Luisa da.; & Gonçalves, Davidson Sepini. (2022). Relação médico-paciente: uma visão psicanalítica. Epitaya E-books, 1(10) 58-69. DOI: <https://doi.org/10.47879/ed.ep.2022519p58>.

Pereira, Ana Paula da Silva Pereira. (2011). Supervisão clínica em medicina geral e familiar: necessidades de formação dos orientadores. Dissertação de mestrado para obtenção do título de mestre em Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Instituto de educação.

Pereira, Mário Eduardo Costa. (2000). Bleuer e a invenção da esquizofrenia. Rev. Latinoam. Psicop. Fund., 3(1), 158-163. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/7DTmXKJzw8JbbDcRP97W6Hy/?format=pdf&lang=pt>.

Pereira, Érica Cristina., Muller, Flávia Berehulka., & Cordeiro, Suzana Jaqueline. (2020). Os encontros grupais na perspectiva psicanalítica: vivências no CAPS infantil. Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino E Pesquisa, 34(66), 104-117. Recuperado de: <http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1383>.

Pimentel, Emanuelle Cavalcante., Vasconcelos, Maria Viviane Lisboa de., Rodarte, Renato Santos., Pedrosa, Célia Maria Silva., & Pimentel, Fernando Silvio Cavalcante. (2015). Ensino e aprendizagem em estágio supervisionado: estágio integrado em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 39(3), 352-358. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e01262014>.

Pozzana, Laura., & Kastrup, Virginia. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 52-75.

Pozzana, Laura. (2016). A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. In: Passos, Eduardo., Kastrup, Virginia., & Tedesco, Silva (Orgs.). Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 42-65.

Prado, Guilherme Augusto Souza., & Moura, Marcos Antônio de Sousa Rodrigues. (2024). Da Transversalidade à Transdisciplinaridade: cuidado e trabalho em saúde. Psicologia em Estudo, 29(55913). DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v29i0.55913>.

Pugliese, Veridiana Rodrigues de Lima. (2022). Dificuldades dos jovens no mercado de trabalho: o primeiro emprego. (Trabalho de conclusão de curso). Escola Técnica Estadual Paulino Botelho, São Paulo. Disponível em: https://ric.cps.sp.gov.br/bitstream/1_2_3_4_5_6_7_8_9/_1_1_0_6_6/_1/_T_C_C_-%20DIFICULDADES%20DOS%20JOVENS%20NO%20MERCADO%20DE%20TRABALHO-2022.pdf.

Rauter, Cristina. (2015). Clínica transdisciplinar: afirmação da multiplicidade em Deleuze/Spinoza. Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência. 8(1), 45-56. DOI: <https://doi.org/10.59488/tragica.v8i1.26802>.

Reis, Bruna Martins., Liberman, Flávia e Carvalho, Sérgio Rezende. (2015). Linhas de um fazer entre corpos: a cartografia, a dança, a clínica e uma experiência de pesquisa. Revista do LUME - Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas Teatrais - UNICAMP, 7, 1-17. Disponível em: <https://orion.nics.unicamp.br/index.php/lume/article/view/337>.

Ribeiro, Élida Santos., & Costa, Fernanda Antunes Gomes da. (2022). O método da Cartografia e a educação em ciências: interlocuções. Pesquisa em educação e Ciências, 24(34974), 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-21172022240102>.

Rios, Isabel Cristina. (2010). Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. Ciências & Saúde Coletiva, 15(1), 1725-1732). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700084>.

Rios, Izabel Cristina. (2016). Humanidades Médicas como campo de conhecimento em medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, 40(1), 21-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01032015>.

Rocha, Kátia Bones., Conz, Jaqueline., Barcinski, Mariana., Paiva, Daniel., & Pizzinato, Adolfo. (2017). A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. Psicologia, Saúde e Doenças, 18(1), 170-185. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481015.pdf>.

Rocinholi, Luciene de Fátima & Vicente, Carla Cristine. (2020). Plantão Psicológico como dispositivo de intervenção para adolescentes em contextos escolares. In: Enumo, S. R. F.; Dias, T. L. & Ramos, F. P. Intervenções psicológicas para promoção do desenvolvimento e saúde na infância e adolescência. 1ª edição, Curitiba, Appris.

Rodrigues, Daniele. (2024). A importância da pedagogia do acolhimento no processo de adaptação das crianças na educação infantil. Trabalho de conclusão do curso de Licenciatura em Pedagogia. Universidade do Vale do Taquari.

Rolnik, Suely. (2006). Cartografia Sentimental. Porto Alegre: Editora Sulina.

Romagnoli, Roberta Carvalho. (2009). A cartografia e a relação pesquisa e vida. Psicol. Soc., 21(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200003>.

Romagnoli, R. C., & Vieira, E. D. (2019). Acolhimento psicológico com sujeitos marginalizados: Tensões entre o tradicional e o instituinte. Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia, 71(1), 112-127. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v71n1/09.pdf>.

Romagnoli, Roberta Carvalho., & Simonini, Eduardo. (2023). A invenção da esquizoanálise por Guilles Deleuze e Félix Guattari e algumas problematizações para a educação. Revista Espaço do Currículo, 16(3). DOI: <https://doi.org/10.15687/rec.v16i3.68493>.

Salles, Alvaro Angelo., & Castelo, Luana. (2023). Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética. Rev. bioét, 31(3340). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-803420233340PT>.

Sampaio, Josué Ferreira., Rabito, Lucas Benedito Fogaça., Gurgel, Sanderland José Tavares., Sanches, Rafael de Cássia Nogueira., Souza, Waldir., Sanches, Mário Antônio., Gil, Nelly Lopes de Moraes., & Sganzerla, Anor Sganzerla. (2025). Vulnerabilidade e autonomia na Esquizofrenia: percepção dos profissionais de saúde. Revista Iberoamericana de Bioética, 27(1). DOI: <https://doi.org/10.14422/rib.i27.y2025.010>.

Sant'anna, Maurício Requião de. (2015). Autonomia, incapacidade e transtorno mental: propostas pela promoção da dignidade. Tese de Doutorado apresentada para o curso

de Pós-Graduação em Direito. Universidade Federal da Bahia. Salvador. Recuperado de: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/17254>.

Santos, Edirlei Machado dos Santos., & Kirschbaum, Débora Isane Rainer. (2008). Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 10(1), 220-227. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v10i1.8014>.

Santos, Tatiane da Silva. (2021). Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar. Dissertação de Mestrado para o curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Alagoas. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/10812>.

Santos, Teresa da Conceição Ferreira dos. (2010). Sexualidade e Esquizofrenia. Dissertação de Mestrado apresentada para a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/feep/en/pub_geral.show_file?pi_doc_id=188068.

Sátyro, Nathália Guimarães Duarte., & D’Albuquerque, Raquel Wanderley. (2020). O que é um estudo de caso e quais as suas potencialidades?. Revista Sociedade e Cultura, 23(55631). <https://doi.org/10.5216/sec.v23i.55631>.

Scorsolini-Comin, F. (2015). Plantão psicológico e o cuidado na urgência: Panorama de pesquisas e intervenções. Revista Psico-USF 20(1), 163-173. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200115>.

Sganderla, Sabrina., Knecht, Luiza., Mecabo, Grazielle., Ferreira, Anderson Felipe., & Horvath, Bárbara Sackser. (2024). Neurociência do TDAH: revisão sobre o tratamento e implicações clínicas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 6(10), 3306-3330. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p3306-3330>.

Silva, C. F.; Silva, S. O. M. & Tomaz, R. S. R. (2020). Um Encontro com o Inesperado no Plantão Psicológico: Uma revisão sistemática. Revista em Saúde, 1(1). Recuperado de <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/saudedefaceg/article/view/6925>.

Silva, M. C. R. F. & Evangelista, P. E. R.. (2022). O encontro é o setting – relato de experiência de um atendimento em plantão psicológico. Phenomenology, Humanities and Sciences, 3(1), 37-46. Recuperado de <https://phenomenology.com.br/index.php/phe/article/view/23>.

Silva, Diego Salvador Muniz da., Sé, Elisandra Vilela Gaspareto., Lima, Valéria Vernaschi., Borim, Flávia Silva Arbex., Oliveira, Marilda Siriani de., & Padilha, Roberto de Queiroz. (2022). Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. Revista Brasileira de Educação Médica, 46(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210018>.

Silva, Georgia Fabiana da., Yoshitake, Mariano., França, Suely Moraes de., & Vasconcelos, Yumara Lúcia. (2014). Método de estudo de caso como estratégia construtivista de ensino: proposta de aplicação nos cursos de Administração e Contabilidade de Custos. Revista da FAE, 17(1), 126-143. Recuperado de <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/10>.

Silva, José Ítalo Monte da., Nunes, Andressa da Silva Costa., Figueiredo, Daniely da Silva., Lacerda, Lucineide Carmo Andrade de., & Santos, Ana Dulce Batista dos. (2021). Estudos de casos em programa de residência: um relato de experiência. HU Rev [internet], 47, 1-6. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2021.v47.34906>.

Silva, Lívia Machado., & Canavêz, Fernanda. (2017). Medicinalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Revista Subjetividades*, 17(3), 117-129. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.5813>.

Simonini, Eduardo., & Romagnoli, Roberta Carvalho. (2018). Transversalidade e Esquizoanálise. *Psicologia em Revista*, 24(3), 915-929. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n3p915-929>.

Sodré, Francis., & Rocon, Pablo Cardoso. (2023). O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve?” *Saúde Soc.* São Paulo, 32(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210545pt>.

Soares, L. L. M. (2019). Plantão psicológico gestáltico – A escrita de uma experiência. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(4), 997-1017. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.49298>.

Souto., Henrique Zouain Dutra do., Gontijo., Giulia Camara e Silva., Ferreira., Carolina Amaral., Baptista., Carolina Voto., Moreira., João Victor Santoro., Risi, Rafael Maggessi., Lima., Renata Cristina de Freitas., Oliveira, Danieli Ferreira de Lima., Costa, Lucas Tavares., & Cruz, Pedro Paulo Prata da. (2024). Cuidador de idosos: o despertar para a saúde mental de quem cuida. *Revista Foco*, 17(4), 1-18. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n4-131>.

Souza, Lídio de., Wanderley, Thaís Caus., Ciscon-Evangelista, Mariane Ranzani., Bertollo-Nardi, Milena., Bonomo, Mariana., & Barbosa, Paola Vargas. (2012). Representação social do capixaba: identidade em processo. *Psicologia e Sociedade*, 24(2), 462-471. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200024>.

Souza, Paula. (2015). O Método da Cartografia: conhecer e cuidar de processos singulares. *Rev. Fac. Nac, Salud Pública*, 33(3), 72-80. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12042407007.pdf>.

Souza, Severino Ramos Lima de., & Francisco, Ana Lúcia. (2016). O Método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios... desenhando caminho. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 811-820. Disponível em: https://www.academia.edu/4355555/O_M%C3%A9todo_da_Cartografia_em_Pesquisa_Qualitativa_Estabelecendo_Princ%C3%ADpios_Desenhando_Caminhos.

Stagini, Simone., & Peres, Lena Vânia Carneiro. (2021). Percepções de docentes e discentes sobre Feedback em estágios práticos no curso de medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.*, 45(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200444.ing>.

Tassinari, M. A. (2003). Plantão Psicológico Centrado na Pessoa como Promoção de Saúde no Contexto Escolar. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Recuperado de <https://apacporgbr.files.wordpress.com/2017/01/art2081.pdf>.

Tedesco, Silvia Helena., Sade, Christian., & Caliman, Luciana Vieira. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal, Rev. Psicol.*, 25(2), 299-322. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200006>.

Temperly, Nicole Karina Nicolaiko., Junior, Helvo Sloomp., & Silva, Milene Zanoni. (2021). Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitários médico e o cuidado entre médicos de família e usuários. *Interface (Botucatu)*, 25. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200341>.

Vieira, D. M. (2009). Serviço de plantão psicológico aos clientes da área de saúde. Portal dos Psicólogos, 1-20. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0501.pdf>

Vieira Filho, N. G. & Nóbrega, S. M. (2004) A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos em psicologia, 9(2), 373-379. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200020>.

Villa, Eliana Aparecida., Aranha, Antônia Soares., Silva, Liliane de Lourdes Teixeira., & Flôr, Cristina Rabelo. (2015). As relações de poder no trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Saúde Debate, 39(107), 1044-1052. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070365>.

Wenceslau, Leandro David., Fonseca, Victor Kelley Tupy da., Dutra, Luíza de Alcântara., & Caldeira, Letícia Gonçalves. (2020). Um roteiro de entrevista clínica centrada na pessoa para a graduação médica. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, 15(42). [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2154](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2154).

Yogui, Jomara Oliveira dos Santos., Magalhães, Tiago Maia., & Bivanco-Lima, Danielle. (2024). Ensinando o Método Clínico Centrado na Pessoa na graduação em Medicina: uma revisão narrativa. Rev. Bras. Educ. Med., 48(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v48.4-2023-0057>.

Young, M. (2014). Teoria do currículo: o que é e por que é importante. Trad. Leda Beck. Cadernos de Pesquisa, 44(151), 190-202. DOI: <https://doi.org/10.1590/198053142851>.

Zorzanelli, Rafaela Teixeira., & Cruz, Murilo Galvão Amancio. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. Interfaces, 22(66), 721-731. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.

Zourabichvili, F. (2004). O vocabulário de Deleuze. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

7 ANEXOS

7.1 Termo de anuênciia institucional (TAI)

