



Joyce Brito Araújo

Uma narrativa sobre práticas de cuidado em saúde mental: memória e construção de casos como base para uma análise psicossocial.

Rio de Janeiro
2018

Joyce Brito Araújo

Uma narrativa sobre práticas de cuidado em saúde mental: memória e construção de casos como base para uma análise psicossocial.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Marilene de Castilho Sá

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

A663n

Araújo, Joyce Brito.

Uma narrativa sobre práticas de cuidado em saúde mental:
memória e construção de casos como base para uma análise
psicossocial / Joyce Brito Araújo. -- 2018.

134 f.

Orientadora: Marilene de Castilho Sá.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Assistência à Saúde. 3. Psicanálise.
4. Narrativa. 5. Articulação Psicossocial. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Joyce Brito Araújo

Uma narrativa sobre práticas de cuidado em saúde mental: memória e construção de casos como base para uma análise psicossocial.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 27/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Marilene de Castilho Sá
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Lilian Miranda
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos
Universidade Estadual de Campinas

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Difícil tarefa a de selecionar nomes a este agradecimento, pois tive a sorte de contar com muitas pessoas ao longo do percurso, além de experiências que me trouxeram a esta escrita.

Ao meu pai, que mostrou que a presença está para muito além da ordem física e com isso me deu coragem para seguir na descoberta de outros mundos.

À minha mãe, que me ensina diariamente (dentre tantas coisas) o valor do ensino e da pesquisa, pelo apoio afetivo e pelas incansáveis trocas atentas, foi uma parceira fundamental nesta e em muitas escritas vida afora.

A Renato e Natália, que me presentearam e confiaram a mim uma nova faísca de vida que a cada dia se mostra mais iluminada e me traz ainda mais a certeza de um porto seguro.

Aos meus pacientes e parceiros de trabalho que ampliam meu horizonte e não me deixam nunca ficar parada. Obrigada por isso.

À minha orientadora, Marilene Castilho de Sá, pela abertura à invenção de diálogos e trocas que superam diferenças e mostram que a diversidade é sempre rica e muito nos ensina. Sua aposta me ajudou e incentivou a trilhar esta escrita.

À professora Lilian Miranda, pela disponibilidade e contribuição ao longo de todo percurso do mestrado. Seu olhar ajudou a fortalecer esta pesquisa.

À Ana Paula, Nelly e Taina, amigas e parceiras nesta aventura que é a construção de um lar e de um campo de trabalho fora de sua cidade natal. Nossas longas conversas estão presentes nestas páginas.

A minha família e amigos, peças chaves para me fazer sentir os pés em terreno sólido e, assim, poder caminhar e inventar novos rumos.

Ao Fred, pelas mesas conjuntas de trabalho, agendas compartilhadas e mãos dadas.

Experimentemos, pois, pequenas músicas novas. Sejamos intempestivos e façamos da destruição de nossos dogmas, de nossos cacotes do pensamento, de nossos mantras, de nossas fórmulas, um ato de amor e de reinvenção de nossas práticas (CECÍLIO, 2012, p. 288).

RESUMO

Para analisar as práticas de cuidado em um serviço público de saúde mental com perfil assistencial distinto do estabelecido pela regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial, esta pesquisa teve como base a construção e a narrativa de três casos clínicos que possuem demandas, organização de equipe e atuações na rede distintas. Tendo a subjetividade como estruturante deste objeto de pesquisa, realizou-se uma aposta metodológica que teceu diálogos entre aportes teóricos da psicanálise aplicada e da psicossociologia de base psicanalítica. Os principais resultados são cinco elementos emergentes de análise: processos grupais e intersubjetivos; vínculo e reconhecimento; crise e sofrimentos nas instituições; criatividade; e integralidade. Constatou-se que o cenário político, a grande precarização da rede e a ausência de espaços no serviço para o diálogo intra equipe interferiram diretamente na possibilidade de construção de zonas de confiança, produzindo posições mais fechadas ao diálogo e à mudança, tornando-se um obstáculo à construção de um trabalho coletivo, apesar das tentativas da equipe. O vínculo e o reconhecimento, mesmo atravessados pela fragilidade grupal surgiram como uma forte aposta destas práticas. A possibilidade de diálogo com os usuários fortaleceu uma maior união dos profissionais para um trabalho mais engajado às proposições do Fórum de Trabalhadores da Saúde Mental existente à época, espaço este que, constatou-se, ocupou um lugar de cuidado para profissionais e usuários, garantiu-lhes uma maior sensação de pertencimento à rede, produziu ações significativas no combate à precarização e trouxe possibilidade de ações criativas. O vínculo apareceu não restrito às relações de cuidado / terapêuticas de uma equipe / profissional com o usuário e como fruto destas outras interferências existentes naquele território e momento. A criatividade e a integralidade, pelo prisma do serviço, sofreram grande impacto deste cenário, não encontrando respaldo suficiente nos espaços de supervisão clínico-institucional para a dissolução dos conflitos internos. A possibilidade de coexistência deste serviço com a rede esteve ameaçada por sua ausência na portaria nº 3088/2011, fator que, apesar de polêmico e importante, não conseguiu ser trabalhado em profundidade pela equipe, somando-se aos aspectos produtores de instabilidade. Forças destrutivas se manifestaram de forma contundente através da violência da substituição em massa dos trabalhadores, da asfixia da rede pela falta de insumos / recursos gerais e pela dificuldade de parte dos trabalhadores criar um lugar novo para si mesmo. Apesar do cenário, a singularidade do serviço permitiu a produção de práticas cuidadoras cuja pertinência de manutenção na rede deve ser melhor avaliada.

Palavras-Chave: Articulação Psicossocial, Narrativa, Práticas de Cuidado, Psicanálise, Saúde Mental.

ABSTRACT

To analyze the practices of care in a public mental health service with a care profile different from that established by the rules of the Psychosocial Care Network, this research was based on the construction and narrative of three clinical cases that have demands, team organization and actions network. Having subjectivity as the structuring of this object of research, a methodological approach was developed that developed dialogues between theoretical contributions of applied psychoanalysis and psychoanalytic psycho-sociology. The main results are five emerging elements of analysis: group and intersubjective processes; bonding and recognition; crisis and suffering in institutions; creativity; and completeness. It was found that the political scenario, the great precariousness of the network and the lack of spaces in the service for the intra-team dialogue interfered directly in the possibility of building trust zones, producing closer positions to dialogue and change, becoming an obstacle to the construction of a collective work, despite the team's attempts. The bond and recognition, even crossed by group fragility, emerged as a strong bet on these practices. The possibility of dialogue with the users strengthened a greater union of the professionals to a work more engaged in the proposals of the Forum of Mental Health Workers existing at the time, a space that, it was verified, occupied a place of care for professionals and users, guaranteed gave them a greater sense of belonging to the network, produced significant actions in the fight against precariousness and brought about the possibility of creative actions. The link appeared not restricted to the care / therapeutic relationships of a team / professional with the user and as a result of these other interferences existing in that territory and moment. Creativity and completeness, from the prism of the service, suffered a great impact of this scenario, not finding enough support in the spaces of clinical-institutional supervision for the dissolution of internal conflicts. The possibility of coexisting this service with the network was threatened by its absence in ordinance no. 3088/2011, a factor that, although controversial and important, could not be worked in depth by the team, adding to the instability aspects. Destructive forces have manifested themselves in a forceful way through the violence of mass substitution of workers, the asphyxiation of the network by the lack of general inputs / resources and the difficulty of workers to create a new place for themselves. Despite the scenario, the uniqueness of the service allowed the production of care practices whose pertinence of maintenance in the network should be better evaluated.

Keywords: Psychosocial Articulation, Narrative, Care Practices, Psychoanalysis, Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Acompanhante Domiciliar
AUFA	Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FTSM	Fórum dos Trabalhadores de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SC	Saúde Coletiva
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DELINEANDO UM CAMINHO PARA PENSAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	19
2.1 Saúde Coletiva e Saúde Mental: articulações entre noções de saúde e cuidado e a construção de serviços para esta oferta.....	19
2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	27
2.3 Portaria nº 3.088/2011.....	31
2.4 O Cuidado em Saúde Mental – breves direcionamentos para esta clínica	35
2.5 Psicanálise e o trabalho em saúde mental - qual a contribuição possível da teoria sobre este campo?.....	43
3 METODOLOGIA.....	52
3.1 Sobre Memórias e Narrativas na pesquisa científica.....	59
3.2 Considerações acerca da construção de um caso.....	64
4 AS PRÁTICAS EM CONTEXTO.....	70
4.1 A Rede.....	70
4.2 Os ambulatórios.....	73
4.3 O ambulatório em questão.....	75
4.4 Casos Clínicos.....	77
4.4.1 Caso Clínico 1 – Marta.....	78
4.4.2 Caso Clínico 2 – Claudio.....	81
4.4.3 Caso Clínico 3 – Celso.....	83
5 DOS CASOS À ANÁLISE PSICOSSOCIAL DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL.....	85
5.1 Processos Grupais e Intersubjetivos.....	85
5.2 Vínculo e Reconhecimento.....	93
5.3 Crise e sofrimento nas instituições.....	99
5.4 Criatividade.....	104
5.5 Integralidade.....	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	128

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), tomada como um processo em curso e não como um movimento pontual e temporal, demanda a construção diária de novos modos de estar diante da pessoa em sofrimento psíquico, instituindo, no campo da Saúde Mental (SM), práticas inovadoras de cuidado, como, por exemplo, as ações de desinstitucionalização e de inclusão social. O termo inovador é utilizado por alguns autores, tanto no âmbito da saúde em geral, quanto no da saúde mental (AMARANTE, 2007; CECÍLIO, 2012), para designar práticas abertas à singularidade do adoecer e do sofrimento humanos que são capazes de abrir espaço para a criatividade dos profissionais nos modos de cuidar dos intensos (e sempre singulares em suas manifestações e origens) sofrimentos vividos pelos usuários dos serviços de saúde. Nesta pesquisa adiciono mais um fator que exige a abertura dos profissionais à criatividade e à inovação: o contexto de restrição, seja esta restrição normativa, estrutural, financeira, política ou mesmo um cenário que agrupe parcialmente todas elas – como será o do objeto aqui trazido para análise.

Para lidar com tais singularidades próprias a cada serviço e com a realidade do modelo de atenção preconizado pela RPB concretizou-se a estruturação de uma rede de cuidados centrada no território. Território é aqui considerado para além de seu caráter geográfico, incluindo, entre outros fatores, as redes de afeto, de identificação e de relação que os sujeitos estabelecem com o lugar em que moram ou desejariam morar. A noção de território foi reconhecida na IV Conferência de SM (BRASIL, 2011) como espaço de trabalho e de construção, de interlocução e interação dos serviços e pessoas, de diálogo entre saber acadêmico e saber popular.

Paulo Amarante (2007) nos relembra que são diversas as influências de Franco Basaglia em nossa RPB, dentre elas a concepção de território que passa a ser compreendido como o lugar onde ocorrem trocas reais e simbólicas, um espaço em que se pode ver a construção de formas tanto de solidariedade e de fraternidade, como de rejeição e de discriminação, todas determinadas pela cultura social vigente naquele tempo e lugar. O autor ressalta que “atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade” (AMARANTE, 2007, p. 106).

O próprio relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental respalda essa posição ao definir que a SM possui:

[...] complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde que exigiu de todo o campo a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado (BRASIL, 2011, p.7).

Sem dúvida, isso inclui também o importante papel do controle social e das novas formas de organização das sociedades frente ao convívio com a loucura.

A construção desses percursos ocorre de múltiplas maneiras em cada território/serviço e, de forma particular, vem se constituindo experiências consideradas efetivas na construção de redes psicossociais e de novas práticas em SM que tentam suprir as demandas que chegam e que, muitas vezes, só podem ser atendidas ali, dado o vínculo do usuário com o serviço/profissional, ou pela ausência de outros dispositivos para o cuidado nas redondezas etc. Por essa razão, estudar sobre práticas que poderiam ser consideradas inovadoras me pareceu, de início, ser um caminho rico e produtivo para dar conta de conhecer um pouco dos caminhos e obstáculos encontrados pelos atores nelas envolvidos.

A decisão inicial, portanto, de pesquisar por algo ‘inovador’ se constituiu como um desejo de encontrar experiências que pudessem mostrar as (im)possibilidades de serviços/ações/cuidados que, na minha idealização, por assim dizer, conseguiriam, *a posteriori*, ser descritos, nomeados e até mesmo reproduzidos em outras situações/territórios, já que seriam exemplos bem-sucedidos. Hoje avalio que o desejo era o de encontrar experiências que dialogassem com o meu ímpeto em sustentar a clínica como algo que é sempre novo, sempre passível de modificação e ajuste, sempre vivo, – mas, logo percebi que nenhuma ordenação/nomeação poderia alcançar ou mesmo reproduzir a pluralidade e riqueza da existência de algo que é singular. Havia, portanto, questões de base que apontavam para uma impossibilidade de sustentar tal objetivo de forma coerente e com uma consistência teórica.

Abro aqui um parêntese (que desejo que não seja muito grande e cansativo, mesmo temendo não alcançar tal objetivo) para compartilhar com os leitores como se deu a construção do objeto de pesquisa deste trabalho, pois acredito que esse percurso revela muito dos obstáculos intrínsecos, não só a esta pesquisa e seu objeto, mas também por considerar quão delicado e rico pode ser o ato de delineamento de um objetivo de pesquisa.

Houve grande parcela de tempo e de discussões (na banca de qualificação, em sala de aula, nas orientações e nas minhas próprias reflexões) acerca do objeto de pesquisa e também do termo que estava escolhendo para nomeá-lo e, mesmo assim, a palavra/objeto “inovação” resistiu por um longo período. Acredito que grande parte dessa dificuldade identificada por

todos que dialogaram com a minha proposta de trabalho estava exatamente na contradição de base – dar um nome (ou seja, minimamente construir uma definição) a algo que em sua essência está se referindo a coisas novas, ainda não descritas, ainda não intituladas, que nunca cessarão de acontecer e, portanto, nunca pararão de se transformar em outra coisa – tudo isso somado às exigências acadêmicas nas quais estão em jogo as palavras que atrairão os leitores, as possíveis publicações, a forma ética aceita pelos comitês de pesquisa etc.

Argumentei inúmeras vezes que “inovação” nunca esteve associada a uma questão valorativa, como se designasse o surgimento de algo melhor do que o já existente, nunca partilhei da ideia de que apenas algo totalmente novo e diferente do instituído representasse uma inovação – diversas práticas continuam produzindo inovação mesmo enquanto uma normativa e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), consultórios de rua e demais dispositivos estão cheios de casos admiráveis em que as equipes tem um incansável trabalho de ressignificar, remodelar, reconstruir suas ações e intervenções para cada novo caso, muitos de complexidade desconhecida de tão intrincados que são com múltiplas e graves questões sócio-política-econômica-culturais.

A consideração do objeto *inovação*, portanto, esteve inicialmente associada ao intuito de nomear práticas/modelos de cuidado que foram ou estariam sendo implementados na SM, porém, sem estar previstos em suas normativas atuais, mesmo que em consonância e coerência com a concepção ética de cuidado previsto no arcabouço clínico, político e normativo da RPB. Para sustentar teoricamente essa posição, fui em busca de autores que fazem o debate sobre o termo inovação e sobre sua aplicabilidade na saúde mental (BOSI et al., 2011; AMARANTE, 2007; CECÍLIO, 2012).

Ocorre que, após muitas leituras e discussões com diversos atores que compõem a minha vida, retornei ao ponto de partida desta questão – aquilo que não pode ser nomeado ou reproduzido. Este é o cerne da questão que via ao olhar para os exemplos de dispositivos de cuidado que, de tão singulares ao território, não são abrangidos por nenhuma normativa. Eis que a partir daí pude dar conta de forma muito significativa de algo que sempre esteve em meu discurso e minha prática, mas que por alguma razão, que me é desconhecida agora, não estava conseguindo trazer para minha pesquisa – a singularidade é sempre impossível de ser nomeada e reproduzida como um padrão a ser seguido por todos; ela pode, no entanto, ser falada/pensada/pesquisada a partir de uma única experiência. Isso me fez, então, finalmente conseguir chegar ao objeto de pesquisa deste trabalho ao me debruçar sobre as práticas de cuidado existentes em um serviço público de saúde mental, em município do estado do Rio de

Janeiro, cuja estrutura e ações parecem extrapolar o que as normativas atuais preveem para um ambulatório da atenção básica. Como um serviço, que não está previsto nas normativas, e, portanto, constitui uma singularidade de um território, consegue existir-resistir em uma rede e fazer as vezes de cuidado dos serviços que já são previstos, coexistindo com eles? E, mais, como se manter vivo este trabalho diante de um cenário de desmonte e precarização da rede de saúde mental como um todo (até mesmo daqueles serviços definitivamente estabelecidos pelas normativas)?

Minha escolha nesta pesquisa, portanto, é fazer um recorte incisivo nas práticas de cuidado de um serviço que não está previsto nas normativas, mas que pela demanda do território, pela sensibilidade e coragem dos profissionais e usuários, somadas ao apoio (possível) da gestão de saúde mental, se mantém existindo e formulando ações e cuidados de um jeito diferente do que as normativas preveem para o nível de complexidade em que este serviço se encontra. O ambulatório tem uma nomenclatura específica, que não será aqui revelada para preservar a identificação do serviço, que é ativo e vem sobrevivendo a todas as distintas e diversas complicações e obstáculos que um dispositivo não reconhecido pela legislação pode atravessar, somado a um momento de intensa precarização da rede e de um potente levante militante dos trabalhadores de saúde mental – abordarei isso com mais ênfase e profundidade ao longo desta escrita.

Uma particularidade metodológica desta pesquisa consiste no fato de realizá-la após quase 3 (três) anos em que essa experiência no serviço ambulatorial se passou. Por aproximadamente 1 (um) ano estive no cargo de psicóloga desse ambulatório, de forma que as cenas reconstruídas e narradas provêm de um processo de rememoração da vivência – à época nem estava em meus planos dar um passo para dentro da vida acadêmica. Em verdade, o desejo de ir à Academia se deu um tempo após a saída do serviço, por conta do estado de exaustão mental em que me encontrava depois de todo o investimento realizado naquela experiência e em uma anterior a ela – em um Núcleo de Desinstitucionalização –, ambas repletas de desafios, obstáculos e militância. Parte do desejo de “parar um pouco” e voltar a estudar, ler, refletir e discutir sobre o tema em novos espaços e com novos atores (inclusive com aqueles que conhecem a Saúde Mental a partir de outras perspectivas) foi um dos disparadores da busca por uma instituição pública de ensino, multiprofissional e ligada à saúde. Assim foi meu percurso até entrar na ENSP/FIOCRUZ.

Dito isso, fecho meu parêntese e avanço para a discussão que levanto neste trabalho, fruto da minha atuação como psicóloga em SM ao longo dos últimos nove anos em diferentes

serviços dos estados do Pará e do Rio de Janeiro. O que pude apreender através da observação e da experiência nesses espaços é congruente com o que nos traz o Relatório da IV Conferência ao afirmar que há uma especificidade no trabalho em SM que torna necessária uma permeabilidade das normativas e regulamentações, bem como dos profissionais e gestão às novas práticas que tentam dar conta da abrangência e da singularidade dos atendimentos encontrando formas particulares de resposta às demandas desta clínica intersetorial.

Em relação às normas, sabemos que elas se dirigem e se referem ao todo, não havendo aqui a expectativa de que qualquer regulamentação venha a dar conta de todas as particularidades e especificidades. O que vem me chamando a atenção, todavia, são os obstáculos que, por vezes, essas normativas colocam para a aposta/manutenção de práticas de atenção/cuidado, como a que me debruçarei nesta pesquisa.

Merhy (2002) nos ajuda a pensar sobre a questão do que é possível realizar diante do instituído ao definir dois tipos de trabalho: o vivo (em ato) e o morto. O primeiro caracteriza-se por aquilo que se passa na relação entre profissionais e usuários, no momento dos atendimentos, que é imprevisível e impossível de ser medido e controlado previamente. Sá (2009) afirma que o trabalho em saúde é em sua essência um trabalho intersubjetivo e se dá na intervenção de um sujeito sobre o outro.

A autora compreende que a dimensão subjetiva circunscreve “aquilo que, desse trabalho, mais escapa às estratégias de controle gerencial, o que nos impõe imensos desafios, do ponto de vista da gestão, para a garantia de qualidade das ações produzidas” (SÁ, 2009, p.657) que não pode ser dissociada dos outros componentes desse trabalho, tais como, tecnologias, saberes etc. Já o trabalho morto, segundo Sá (2009), diz respeito a tudo aquilo que já foi feito e que está cristalizado – isso pode ser tanto os objetos utilizados, quanto as normativas/referências que dão base ao trabalho, as chamadas tecnologias duras.

Peduzzi & Schraiber (2009) nomeiam o trabalho vivo como aquele que tem a potência para questionar, no processo de trabalho, a intenção e a finalidade do trabalho em saúde e seus modelos tecnológicos e de assistência. Está ligado à ação e funciona como um processo transformador que pode “abrir linhas de fuga no já instituído”.

O que vemos a partir das duas autoras é uma relação entre o todo, ou seja, as normas do trabalho, e a parte, que se relaciona à singularidade de cada situação mediada pelo trabalhador em sua relação com o objeto de intervenção – aqui, os sujeitos atendidos. Disso podemos concluir que o trabalho do profissional de saúde é o de realizar artesanalmente esse trânsito/diálogo entre o geral e o específico.

As autoras nos ensinam que:

O trabalho constitui o processo de mediação entre o homem e a natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios (PEDUZZI & SCHRAIBER, 2009, p.1).

Se pudermos aqui considerar a natureza como um sinônimo das relações que os sujeitos estabelecem uns com os outros, talvez possamos também encontrar no trabalho em saúde, e em saúde mental, essa mútua transformação a que as autoras se referem, uma vez que cada encontro/relação entre as pessoas é permeado pelas vivências e experiências prévias e singulares de cada um, que moldaram sua forma de ser e de estar no mundo, exigindo que todos encontrem seus próprios meios de conviver e de lidar. É a partir desse movimento, somado à realidade de um serviço e do cenário político em que ele está inserido, que pode emergir uma mútua transformação. Figueiredo L.C (2014, p. 8) afirma que “as obras de criação podem desenvolver funções cuidadoras para os que as criam e para os que delas desfrutam”.

Para saber como anda o trabalho artesanal na saúde mental é fundamental escutar quem está no interior desse processo, relatar as experiências e realizar estudos que se debrucem sobre suas potencialidades e seus limites. Como se organiza esse trabalho artesanal, em sua estrutura e concepção clínica? No que esse arranjo se diferencia do modelo de atenção vigente? Como está a relação dessas práticas com a rede e com a gestão? Quais as imbricações políticas? São essas questões centrais que orientam esta pesquisa e será a partir da construção de casos clínicos atendidos por mim e analisados à luz do método clínico qualitativo que realizarei o estudo.

Tem-se, portanto, as práticas de cuidado em Saúde Mental enquanto objeto de pesquisa e como objetivo geral analisar a potencialidade das práticas de cuidado desenvolvidas em um serviço público da rede de saúde mental, do estado do Rio de Janeiro, que não está previsto pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Como objetivos específicos da pesquisa foram definidos:

- 1) Caracterizar o serviço, em especial suas práticas de cuidado, assim como identificar seus objetivos, processos de trabalho, atores envolvidos e suas diferenças ou particularidades com relação ao que está previsto na normativa vigente;
- 2) Identificar se há e quais os possíveis impactos das condições/características do serviço no modo como organizam as práticas de cuidado;

- 3) Descrever as situações da rede e do contexto político que possibilitaram o desenvolvimento daquelas práticas;
- 4) Identificar quais os desafios e as potencialidades encontrados para o desenvolvimento e a manutenção deste tipo de prática de cuidado na RAPS e em sua relação com a gestão.

Uma vez que o foco está na singularidade, nas práticas que possibilitam o surgimento do novo e que consideram os sujeitos envolvidos como parte fundamental do processo, podemos afirmar que a subjetividade entra como forte ponto de apoio neste debate. Por essa razão, foi escolhida a Psicanálise (item 2.5) como um dos nortes teóricos do trabalho, resgatando a discussão da psicanálise aplicada para pensarmos tanto no trabalho e nas práticas estabelecidas entre os profissionais de saúde mental, como na relação destes com os usuários. Buscaremos os pontos de confluência e de divergência entre a discussão feita pela psicanálise e a noção de cuidado (item 2.4) presente em nosso sistema de saúde atualmente.

Outro marco teórico que aparecerá pontualmente ao longo da discussão é a RPB (item 2.2), pois trataremos como norte os pontos mais significativos de suas bases conceituais e diretrizes, embora o foco esteja mais nas reflexões atuais e contribuições teóricas dos que se dedicam a trabalhar e a pesquisar intensamente neste campo.

Para o debate, será fundamental estabelecer um diálogo entre a Saúde Coletiva (SC) e a RPB (item 2.1), uma vez que essas duas grandes áreas são atravessadas pelos mesmos princípios fundamentais: as noções de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social. As noções de território, de vínculo, de autonomia e de acolhimento também são fortes referenciais que permeiam e estabelecem o diálogo entre as duas áreas.

Por ser a normativa que estrutura e organiza a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS), em que está inserida a SM atualmente, assim como define diretamente a complexidade e função dos ambulatórios na RAPS, pontuaremos alguns ordenamentos que consideramos importantes da Portaria nº 3.088/2011 (item 2.3) com o objetivo de conformar o cenário em que nossa discussão tem lugar.

Considerando que a RPB segue em curso, conhecer e debater sobre essas práticas próprias a cada território é um caminho que, na nossa avaliação, nos ajuda a aproximarmos cada vez mais de um modelo de atenção em que as singularidades e especificidades da (nada fácil) clínica da SM esteja cada vez mais pautada no vínculo, definida como práticas únicas e sensíveis e que possa ser (re)construída a cada instante, ajustando-se e dialogando com as demais áreas, sempre que necessário.

Um ponto de partida fundamental desta pesquisa diz respeito a minha posição enquanto pesquisadora e militante pró Reforma Psiquiátrica Brasileira, de modo que não poderia deixar de me posicionar com forte repúdio a todo e qualquer retrocesso diante dos avanços da Luta Antimanicomial. Esta é uma pesquisa que se propõe questionar possibilidades de mudanças dentro do campo já previsto de serviços e modelos de atenção à Saúde Mental, no entanto, isso não se confunde com questionar os avanços conquistados e nem mesmo retroceder a modelos de práticas de cuidado manicomial. Ademais, é importante igualmente reconhecer os imensos desafios para que minimamente se cumpra o que já está estabelecido pelas normas para a conformação da rede de atenção psicossocial

A recente proposta votada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), apoiada e sustentada pelo atual coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Junior, no mês de dezembro de 2017, se constitui como um grave ataque a essa luta, pois, dentre outros pontos, rompe com a lógica de desestruturação de manicômios (ao investir na ampliação de leitos dentro de enfermarias especializadas e não em hospitais gerais ou em serviços de base territorial) e inclui as comunidades terapêuticas no rol de componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Por essa razão, avaliamos importante frisar que neste trabalho ampliaremos a discussão para além da RAPS, compreendendo também todo e qualquer contexto de restrição, seja ele político normativo, estrutural etc. em que esteja ameaçada a possibilidade de criatividade e invenção, pautadas na ética de um cuidado democrático e antimanicomial.

No capítulo 3, referente à metodologia da pesquisa, discorreremos sobre a aposta nos percursos teórico-metodológicos para apontar o posicionamento ético nosso nesta escrita e em todo o processo de escolha dos casos clínicos (item 4.4) e na construção de suas análises (capítulo 5). É fundamental, para aproximação e apreensão desta pesquisa, o ponto de partida (e de base) ao qual nos propomos, aquele que, em consonância com importantes pesquisadores da área da saúde (DESLANDES, 2010; ECO, 1995; TURATO, 2003) sustenta que o pesquisador não é neutro e nem exterior ao objeto pesquisado (neste caso mais ainda, dado que trago experiências vividas por mim), a noção de que não se pretende aqui desvendar algo inexistente, mas sim apresentar uma forma de olhar o objeto, portanto, deixando aberta a possibilidade de que novas leituras e releituras sejam feitas ao longo deste processo de pesquisa e depois dele também.

No capítulo 4 realizaremos uma narrativa da experiência sobre a qual se construiu esta pesquisa, de modo que iniciamos com uma breve descrição da rede de saúde mental do

município em que o serviço, objeto desta pesquisa, se encontra (item 4.1), em seguida abordamos as principais características e cuidados oferecidos nos ambulatórios desta rede (item 4.2) para poder tratar das especificidades (estrutura, equipe, ofertas de atendimento, etc.) do serviço do qual fiz parte (item 4.3). Faremos a análise das práticas de cuidado oferecidas neste serviço utilizando este cenário e também três casos clínicos por mim atendidos e acompanhados, narraremos mais sobre eles no item 4.4. Foram casos selecionados em meio a aproximadamente 20 usuários dos quais era técnica de referência, além das demais atividades que cumpria como psicóloga – porta de entrada, grupos de recepção e grupos de atendimento temáticos. A escolha destes três se fez como uma tentativa de abordar acompanhamentos com demandas, organização de equipe e atuações/articulações na rede distintas, de forma que consigam expressar a articulação psicossocial existente e necessária e, por essa razão, acabam também por traduzir/contar sobre o serviço e o trabalho lá realizado, estabelecendo uma ponte entre o individual/singular, o coletivo e o institucional.

A partir desta narrativa os temas e pontos trabalhados no capítulo 5 se construíram a partir de uma retomada dos objetivos específicos, agora à luz de todo o material teórico articulado e da releitura dos casos clínicos. Com o auxílio da orientação, foram recolhidos elementos emergentes de análise que, de algum modo, dialogam com o debate trazido à tona pela RPB, com a forma como se compreende o cuidado neste campo de atenção psicossocial e também com as referências da Psicanálise e da Psicossociologia, teorias de base neste estudo. Os principais elementos que emergiram foram: vínculo e reconhecimento, processos grupais e intersubjetivos, criatividade, crise e integralidade.

As análises e reflexões levantadas nesta pesquisa são um passo inicial para apresentação de algumas questões que, esperamos, possam abrir caminho a diversas trocas com outros pesquisadores, profissionais, leitores e interessados nesta temática. Não temos como objetivo formular uma produção fechada, mas sim levantar questões e pontos de vista que atuem como um convite ao debate, à invenção e à criação de novos caminhos. Vamos lá!

2 DELINEANDO UM CAMINHO PARA PENSAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

2. 1 Saúde Coletiva e Saúde Mental: articulações entre noções de saúde e cuidado e a construção de serviços para esta oferta

A ideia deste tópico é ajudar a compreender como a noção de saúde e cuidado existentes hoje no campo da Saúde Coletiva se refletem ou se relacionam com os modelos de cuidado ofertados em Saúde Mental, uma vez que essas articulações são a base das políticas e diretrizes que sustentam e norteiam o cuidado na rede atual do SUS. Apesar das especificidades destes dois campos serem, por vezes, distintas, a SM também está inserida no SUS, portanto, é atravessada por suas influências e, por vezes, chega a compartilhar dos mesmos obstáculos e desafios para o cuidado, como veremos adiante. A ideia é que quando adentrarmos nos casos clínicos e na discussão/análise haja um respaldo mais consistente das influências exercidas pelo cenário mais macro em que estão inseridas.

Vejam como a noção de saúde-doença constitui uma forma de estruturar e oferecer modelos de cuidado para, em seguida, desenharmos as influências desses processos no modo como se estruturam as organizações e os trabalhadores que promovem esse tipo de ação no campo da saúde e, em particular, no da saúde mental.

A relação saúde-doença existente na cultura ocidental atualmente resulta de um longo e complexo processo, em que consistiram as mais diversas e distintas formas de compreensão, significação e atuação sobre os fenômenos do adoecer e que, de certa forma, auxiliaram na construção do saber e do aparato técnico-científico atual (BATISTELA, 2007).

A forma de compreender o processo saúde-doença interfere diretamente na construção da ética, dos modelos e das práticas de cuidado presentes em cada momento de uma sociedade, pois variam de acordo com questões sócio-político-econômicas e com a quantidade e qualidade de conhecimento de cada época, que teve valor e importância no momento em que se fez presente. É fundamental ressaltar que tais visões não são estanques, que alguns de seus aspectos seguem com o passar do tempo e outros se finalizam, porém, sem deixar de influenciar as conquistas ou perdas do período seguinte (BATISTELA, 2007).

O início desse processo se dá com o Pensamento Mágico Religioso, dominante entre os povos da Antiguidade, que explicava as doenças não associadas a algo objetivo, mas de forma sobrenatural e cujo foco estava na extinção do mal. Hoje, chegamos à construção que formula uma noção ampla de saúde, compreendendo-a como um processo que se dá de forma singular

a cada sujeito e que inclui não só o campo biológico, mas também tudo aquilo que interfere direta ou indiretamente em sua qualidade de vida, como as relações do cotidiano, as possibilidades de tomada de decisão, de convivência em sociedade, o padrão de alimentação e nutrição, de habitação, saneamento, condições de trabalho, níveis de educação, suporte familiar etc. Portanto, há uma noção relacional da saúde, na qual são levados em conta todos os aspectos produtores de autonomia e de singularidade, voltados ao coletivo dos indivíduos (PELLEGRINI FILHO et al., 2014).

A saúde hoje, compreendida no campo da Saúde Coletiva, a partir desse enfoque, constitui como política a promoção da saúde que embasa essa ética e que sustenta a formulação de práticas e serviços que deem conta de trabalhar com os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), pois estes são considerados os fatores que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Os DSS são considerados seu principal fundamento conceitual e operacional e consistem em fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (PELLEGRINI FILHO et al., 2014). Esse é o modelo que pauta as práticas e modos de cuidado existentes hoje no SUS.

A promoção da saúde institui-se, assim, por meio de ação intersetorial e de políticas públicas que consigam dar respostas à busca por essa qualidade de vida, por exemplo, através da implementação de políticas equitativas de distribuição de renda, saneamento básico, moradia, emprego etc. (PELLEGRINI FILHO et al., 2014). Nesse sentido:

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006, p. 15 *apud* PELLEGRINI FILHO et al., 2014).

O modo de vida passa a estar intrinsecamente relacionado ao sistema de reprodução social e as ações passam a ter como objetivo a transformação dessa realidade para que os sujeitos possam alcançar mudanças significativas e duradouras no contexto em que vivem. Há preocupação com a formação crítica e a autonomia dos homens. As doenças não podem mais ser compreendidas e combatidas a partir de um único foco (CZERESNIA, 2009).

Essa noção aponta para o entendimento de que a saúde não pode ser compreendida como um fim em si mesma, mas sim como processo, como um fator que está associado a tudo que integra e constitui a vida dos sujeitos, incluindo o conceito de protagonismo, que se manifesta

através da vitalidade física, mental e social para a atuação frente aos desafios e às transformações sociais.

Por essas razões, no campo da saúde coletiva hoje se compreende que as ações e os modelos de cuidado prestados devem ser de caráter interdisciplinar, intersetorial, estratégico e amplo, ou seja, que construa de forma singular um trabalho e a ação em cada território e para cada grupo (PELLEGRINI FILHO et al., 2014). Esse modelo existente influencia diretamente o campo da saúde mental que, como vimos na introdução, também é compreendido dentro dessas características citadas por Pellegrini Filho et al. (2014).

No campo da saúde mental o olhar também se amplia e compreende-se o sujeito através das múltiplas interferências que atravessam sua constituição (sociais, culturais, econômicas, políticas etc). Essa perspectiva inclui o sujeito em sua multidimensionalidade, portanto, estão em consonância com o modelo de cuidado existente no SUS e podemos assegurar que as duas carregam a noção de integralidade no cuidado das ações como uma estratégia comum.

Integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS e para Mattos (2013) este conceito, em última instância, significa uma recusa de posições/olhares/intervenções que realizem um reducionismo ou objetificação dos sujeitos envolvidos, apontando para uma permanente posição aberta de diálogo – “é um modo ampliado da apreensão das necessidades de saúde”, tanto das pessoas quanto dos grupos da população (MATTOS, 2013, p. 125).

Para tanto, a atuação do profissional de saúde precisa estar baseada em um conhecimento fundamental que não aspira dar conta do todo, dada sua clara impossibilidade, mas que reconhece as necessidades dos sujeitos, sabendo aplicar as tecnologias corretas de forma compartilhada, ou seja, permitindo que os sujeitos atendidos sejam vistos como protagonistas do processo e que, por fim, as ações realizadas não resultem em apenas uma colonização a partir do saber técnico ou mesmo uma objetificação dos sujeitos, como se eles fossem apenas os receptores de uma dada forma de cuidado (MATTOS, 2013).

A não objetificação dos indivíduos leva à necessidade de se ampliar a noção de sujeito, retirando-o da “mesmice”, termo que Ayres (2004) utiliza para referir à forma como as práticas de saúde podem compreender o sujeito, sem levar em conta sua transformação contínua, seu processo de identificação e as influências dos processos intersubjetivos. Se colocarmos os sujeitos nesse lugar de objeto, em que nosso conhecimento ‘sabe sobre ele’, ‘intervém sobre ele’, já nos perdemos dos valores primordiais de uma abordagem que prevê autonomia, em um processo democrático e dialógico de produção de cuidado.

Percebemos que essa forma de compreender o sujeito altera não só a maneira como os usuários da rede/serviços de saúde são vistos/tratados, mas também a forma como os profissionais podem ver-se uns aos outros, possibilitando uma outra relação interpessoal e também profissional. Mais adiante aprofundaremos esta discussão no campo da SM.

A partir desse ponto, então, faz-se fundamental delimitarmos qual a concepção que temos desses serviços, portanto, desses espaços de interação entre os atores que o compõem. Utilizamos aqui uma breve, porém rica, descrição da psicossociologia de base analítica acerca da discussão:

Os serviços de saúde são concebidos não só como um espaço material, normativo e político, mas como um espaço intersíquico: o modo como está organizado esse universo simbólico e imaginário compartilhado pelos profissionais nos serviços condiciona a capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde e de gestão [...] ganham destaque os dispositivos coletivos tidos não apenas como espaços para trocas autorreflexivas, mas também como espaços subjetivos comuns, nos quais se manifestam processos inconscientes e possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo. Seriam, portanto, espaços de articulação psicossocial, de trânsito entre o eu e o grupo, como conjunto intersubjetivo, capazes de oferecer certo suporte, de criar instâncias de análise para as equipes (AZEVEDO e SÁ, 2013, p.18).

É imprescindível que tais processos psíquicos sejam considerados nas organizações para que não caiamos no erro de fazer uma avaliação ilusória dos processos e das relações existentes nesses espaços e, desta forma, possamos construir meios que promovam a solidariedade e a cooperação nas instituições, ou seja, que um trabalho em grupo seja possível.

Outro fator importante é a compreensão de que não só de bons afetos se constituem as organizações, pois nesta mescla entre fatores conscientes e inconscientes surge o que a psicossociologia nomeia de “realidade viva” em que “os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, na qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenários para paixões presididas pelo amor (pelos processos de ligação entre os sujeitos e grupos de investimento afetivo na organização – processos presididos pela pulsão de vida) e também pela violência, pela destrutividade, pelos processos de desligamento/ruptura – processos presididos pela pulsão de morte” (FREUD, 1976a; GARCIA-ROZA, 2000 *apud* AZEVEDO e SÁ, 2013, p.38).

Para lidar com isso, segundo Kaës (1989 *apud* SÁ e AZEVEDO, 2013), os sujeitos realizam “alianças inconscientes” que permitem que eles se associem em grupos, identificados a um objeto comum, de forma que determinadas situações sejam recalçadas, rejeitadas,

abolidas, depositadas ou apagadas, e isso é o que torna possível sua manutenção no trabalho. Esse processo, porém, acaba por se tornar uma armadilha: ao mesmo tempo que lhes possibilita suportar o que lhes traz sofrimento e desgosto, permitindo assim que as equipes se mantenham e o trabalho siga, também pode torná-los insensíveis e tolerantes, quase cegos, às questões que se passam, correndo o sério risco de produzirem mais sofrimento ao invés de cuidado.

Ao tratar das instituições, Guirado (1997) as define como:

[...] um conjunto de práticas que se repetem e que, enquanto se repetem, legitimam-se; sendo a legitimação uma espécie de naturalização daquilo que é instituído. Em algum momento da história e para dar conta de certas necessidades e urgências sociais, os homens foram se organizando de determinada forma, e essa forma de organização ou de relação vai-se perpetuando; são as instituições. Tendemos a dizer, em meio à reprodução das relações e exatamente porque desconhecemos sua origem, que as relações são assim *por natureza*, não as consideramos como instituídas e sim, como se tivessem sido *criadas por Deus*! Tal legitimação acontece por um efeito de reconhecimento das práticas como as únicas possíveis e um desconhecimento de outras modalidades de relação, sendo a representação esse efeito de reconhecimento/desconhecimento: nós nos representamos as relações que fazemos e assim fica garantida a naturalização das práticas institucionais. E o que é que eu me represento? Represento-me um *eu*, um *outro*, um *vínculo* creditado como possível. Com isso, acabo naturalizando aquilo que é instituído, absolutizando aquilo que é relativo. A relação instituída passa a ser representada como natural, como tendo que ser assim. E, de quebra, nossa realidade passa a ser, assim, psíquica. Este é, portanto, um conceito de instituição que, pela mediação do de representação, acaba permitindo uma determinada concepção de realidade psíquica (GUIRADO, 1997, p.146).

As consequências/implicações desse modo de compreender as relações organizacionais para a produção do cuidado são significativas e diversas, tanto em termos da ética, das tecnologias e intervenções a serem utilizadas/aplicadas, quanto da gestão e qualidade dos serviços de saúde.

A valorização de novas formas de gerir o trabalho nos serviços de saúde aponta para um reconhecimento e um respeito a uma lógica existente de trabalho que também auxilie a horizontalidade e a interdisciplinaridade, entendendo o cuidado como uma produção contínua (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Merhy (2002) trata exatamente da importância da micropolítica, da escuta dos trabalhadores e de sua participação ativa na construção do trabalho, o que ele chamará de gestão colegiada, em que todos tenham espaço para serem ouvidos efetivamente no processo, sendo permitidas a criatividade e a autonomia. Isto seria o que o autor nomeia de trabalho vivo, aquele

que, como vimos, se dá em ato, no qual não são as tecnologias duras que prevalecem, mas sim as tecnologias que permitem os encontros subjetivos e as relações.

Seriam dois, portanto, os desígnios dos serviços de saúde: tanto produzir valores de uso (e aí estão incluídas as práticas produtoras de saúde, curadoras, cuidadoras e preventivas), como produzir trabalhadores mais autônomos e prazerosos (CAMPOS, 2000). Os trabalhadores precisam ser não só reconhecidos em sua subjetividade, mas para que consigam acompanhar a singularidade tão presente e demandada no cuidado em saúde, também precisam encontrar respaldo e incentivo para produzir novas formas de se subjetivar (ONOCKO, 2014).

Se os processos de cuidado, assim como os processos sociais, não podem seguir a mesma lógica explicativa da ciência tradicional, devem, portanto, construir caminhos de compreensão próprios e isso só é possível se for parte de um projeto coletivo.

Neste trabalho, o foco estará nas práticas de cuidado que valorizam o dialogismo, a comunicação e a intersubjetividade, voltado para uma clínica que amplia seu espectro de visão, que dá centralidade ao sujeito e que considera o cuidado em saúde como algo que possui uma dimensão relacional; considera fundamentais as relações entre subjetividade e gestão, constatando que há limites muito significativos nesta racionalidade que formula os sistemas e as estratégias de intervenção, planejamento e gerência das organizações – que são sempre múltiplas e complexas; afirma a necessidade de um olhar integral para o cuidado e para suas tecnologias, uma vez que não estão restritas ao que é de ordem material e biológica, pois também incluem os aspectos (inter)subjetivos, logo relacionais e, por vezes, inconscientes dos processos organizacionais; reflete sobre os impactos gerados pelos padrões de sociabilidade e as formas de subjetivação no funcionamento e na qualidade dos serviços das organizações de saúde (AZEVEDO e SÁ, 2013).

Sem dúvida, o processo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, dois grandes movimentos que modificaram a compreensão de cuidado existentes, muito nos fez avançar no sentido de garantir um trabalho fortemente engajado nos princípios e práticas acima descritos, porém, como em toda realidade, não estamos isentos dos conflitos e contradições.

Levantaremos aqui alguns obstáculos, na certeza de que não daremos conta de abordar todos, já que cada rede tem suas particularidades e, portanto, questões próprias com as quais se vê em conflito. Aqui, contudo, tentaremos pontuar algo que parece comum tanto em cenários já acompanhados direta ou indiretamente, pela pesquisadora, como também em experiências vivenciadas por estudiosos do tema. São questões que se apresentam em espectro mais amplo e que se dirigem ao cenário mais macro da saúde.

Nesse sentido, dois obstáculos vêm se apresentando à produção do cuidado nos dias atuais: um primeiro diz respeito ao seu fechamento ao setor saúde, ou seja, suas ações, políticas e conceitos não têm dialogado com outros setores econômicos e sociais, chegando até mesmo a encontrar barreiras entre os próprios profissionais da saúde (PELLEGRINI FILHO et al., 2014). Muitas vezes ainda encontramos dificuldades de a equipe compreender-se dentro de um modelo mais horizontal, cuja experiência e cujo arcabouço teórico de todos tenham valor equiparados, ocasionando certos desalinhos nas equipes e manutenção de hierarquias, extremamente prejudiciais ao trabalho.

O segundo está na constatação de que a promoção da saúde recai, muitas vezes, nos mesmos paradigmas preventivistas. Castelanos (1997) ressalta o quanto a promoção em saúde tem recaído cada vez mais em um cuidado governado e autoritário, desenhando riscos preveníveis, patologias tratáveis, diagnósticos securitários e ações vazias. Se antes era a teoria do risco que culpabilizava o indivíduo, agora é a promoção em saúde – com sua fantasiosa ideia científica do que é bem-estar – que tem tornado este campo mais um instrumento de dominação, regularização e normalização a ser seguido, de forma tão ampla e tão enfática que nenhum sujeito se sente mais capaz de alcançá-la, sendo tomado pelo sentimento de culpa e frustração.

Quando uma prática que nasceu com a proposta de ampliar horizontes, modificar antigas fundações reducionistas do olhar e do saber, passa a reproduzir a ética do padrão que até então criticava, acreditando agora que são as suas técnicas e teorias que possuem a capacidade de responder a tudo e todos, recaímos na reprodução às avessas dessa ciência fechada, em que não há espaço para a construção do novo e para a união de saberes diferentes dos previstos. Mattos (2013) trata dessa mesma questão ao referir-se aos riscos que a promoção do cuidado também pode correr.

O autor nos faz um alerta importante: é claro que uso de tecnologias e intervenções terapêuticas são fundamentais no cuidado, porém, há o risco de uma “tecnificação” deste cuidar que pode produzir quase um esquecimento da dimensão humana e, ao invés de manter seu enfoque no sujeito, o deslocar para os dispositivos técnicos. O potencial terapêutico e diagnóstico deve sempre levar em conta uma avaliação minuciosa e atenta das possíveis consequências negativas para os sujeitos e tal avaliação só poderá ser realizada no contexto, na forma como se encaminham a vida dos indivíduos e grupos que são alvo dessas ações. Esta seria a ética de um cuidado prudente:

Isso significa o exercício cotidiano da dúvida sobre o cuidado necessário (será que esse cuidado é mesmo necessário?). Quais as perspectivas de que essa ou aquela intervenção possa produzir o alívio do sofrimento, possa reduzir a

chance de um sofrimento futuro? Quais as perspectivas de que a intervenção produza outro sofrimento? Que balanço fazemos disso? As intervenções que cogitamos partilham o conhecimento, contribuindo para a construção de sujeitos cada vez menos expropriados dos cuidados sobre sua própria saúde? Ela suscita a solidariedade e incrementa os esforços coletivos de luta por uma vida digna? Ou, ao contrário, ela promove ou preserva a colonização, ela privilegia a ordem à emancipação? Penso que a apreensão ampliada das necessidades que perpassam vários sentidos de integralidade tem muito a ver com esse exercício do cuidado prudente. Não tem tanto a ver com a perspectiva da intervenção em grande escala. Tem mais a ver com a análise que utilize o conhecimento técnico, a partir do qual reconhecemos (na nossa leitura de profissionais de saúde) a necessidade de certo cuidado numa situação concreta, mas que amplia o olhar para além desse conhecimento, no sentido de apreciar o significado desse cuidado na vida das pessoas e dos grupos sociais, e de indagar sobre sua possibilidade de contribuir, ainda que modestamente, para uma vida decente (MATTOS, 2013, p. 133).

Quais são os caminhos que devemos tomar, então, para dar conta de manter uma posição aberta ao novo, ao singular, ao plural, valores esses já tão repetidos aqui como fundantes da prática de cuidado existente hoje?

Onocko (2014) refere que, quando nos serviços assistenciais de saúde inserimos a pergunta “para quê?”, no sentido de finalidade, e conseguimos nos perguntar “o quê?” e/ou “como?” (nível operativo), necessariamente nos veremos diante de uma escolha clínica. E aqui a autora considera clínica as práticas de todos os profissionais envolvidos no diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária, de forma sempre plural e que, na saúde, deve ser vista também com esse foco ampliado.

Campos (1997) nomeia de clínica ampliada aquela que compreende o sujeito como biológico, social, subjetivo, histórico. É aquela que, na avaliação do autor, está aberta aos diversos saberes e atenta não só às necessidades dos sujeitos, mas também às suas demandas. Segundo o autor, isso também deve estar inserido ao se pensar o cuidado, pois compreende tais demandas como manifestações concretas de necessidades que aparecem de forma singular.

Na clínica ampliada há respeito às especialidades, valorizando sua importância e lugar na produção do cuidado, porém, cabe o alerta para que este olhar mais pontual e objetivo do sujeito não seja a única regra, podendo haver um diálogo entre as disciplinas e não barreiras. Apenas dessa maneira se faz acontecer de fato um trabalho em grupo, fruto da somatória de todos os que compõem o coletivo. Não haverá perfeição nessa caminhada e é preciso que nos deparemos com o real do trabalho, sem utopias ou idealizações (CAMPOS, 1997). Veremos como a clínica ampliada dialoga com o trabalho realizado na SM no próximo tópico.

Qualquer mudança efetiva em um serviço/lógica precisa estar vinculada à interlocução com a clínica ampliada, cujas especialidades conversam, trocam e somam. Apenas dessa

maneira algo de novo pode advir. Em outras palavras, falar sobre mudança implica afirmar que algum fator instituinte se sobrepõe ao instituído, mas o que isso quer dizer? Dejours (1999) nos diz que não há trabalho sem transgressão, ou seja, há sempre algo diferente do prescrito na realização das tarefas e atividades e, em princípio, isso não quer dizer que transgredir esteja associado a algo bom ou ruim, prazeroso ou desprazeroso, mas sim que há a impossibilidade de que apenas o que é previsto previamente se realize. Isso está em total consonância com o modo de compreender as organizações, o modo de funcionamento dos sujeitos e das relações que estabelecem entre si, algo tão complexo e múltiplo que chega ser impossível pensarmos em um trabalho que consiga seguir à risca algo pré-moldado, sem abertura nenhuma a modificações, ajustes, alterações, inovações.

Cecílio (2007) propõe que as mudanças na maneira de fazer a gestão e organizar o cuidado em saúde podem vir da capacidade de interrogar. Interrogar ao invés de analisar o mundo do trabalho a partir de saberes e definições pré-estabelecidas. Nesse sentido, há outras contribuições importantes:

Trata-se, portanto, de buscar outras formas de se fazer gestão em saúde. Nessa perspectiva, a gestão teria a função de oferecer certo suporte (KAËS, 2005) e de criar instâncias de análise para as equipes, entendendo que os dispositivos tradicionais de planejamento e gestão, como as reuniões de equipe, os colegiados, também são espaços de articulação psicossocial (KAËS, 2003), de trânsito entre o eu e o grupo como conjunto intersubjetivo capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e de se constituir como espaço/*setting* que sustenta os momentos críticos de fragmentação, conflitos e tensão entre o que está instituído e a capacidade criativa e de invenção dos sujeitos (PEREIRA, SÁ, MIRANDA, 2013, p. 670).

Voltemos ao ponto inicial: as questões apontadas até aqui, sobre o cuidado e a promoção da saúde, dialogam diretamente com a SM, uma vez que esta é integrante da rede de atenção, sofrendo em parte influências de sua lógica e ética de cuidado, assim como também compartilha dos nós existentes quando se trata de lidar com os limites entre o novo e o velho, algo que, como vimos, não é tão simples, nem direto e objetivo. Como alerta Palombini (2010), é necessário que tomemos tais impasses como enigma, o que é uma posição ética, caso contrário, só nos restaria paralisarmos-nos diante do sentimento de impotência. Há que se encontrar as vias pelas quais a clínica da complexidade, a clínica ampliada, se mantenha viva, operante.

Mais adiante seguiremos com essa discussão, mas agora circunscrevendo o campo da SM. Antes, faremos uma breve pontuação acerca do movimento que, no bojo do que já vinha

ocorrendo em outros países, alavancou o debate sobre SM no Brasil – a Reforma Psiquiátrica Brasileira – assim como traremos alguns dos pontos principais da Portaria nº 3.088/1, normativa que desenha qual o público alvo e o tipo de atendimento que deve ser ofertado por serviço, apresentando-se, portanto, como um modelo de rede.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se pelo conjunto de ações que iniciou o debate e a revolução de questões acerca da humanidade e da qualidade do atendimento em SM. Com formulações críticas e práticas, ocorreu em um processo histórico que tem como objetivo e estratégia questionar e elaborar alternativas ao modelo clássico e para o paradigma medicalizante, biologizante e segregador da psiquiatria (AMARANTE, 2015). A partir das reivindicações surgidas nesse processo, mudanças prematuras começaram a se fortalecer e expandir. Os portadores de transtorno mental, antes vistos apenas a partir de um prisma da patologia e do diagnóstico, passaram a ser valorizados em sua subjetividade, conseguindo por vezes outros caminhos que não apenas o da cronicidade e do asilamento, únicos existentes anteriormente (MARIZ, 2008).

Esse movimento teve início na Europa e posteriormente expandiu-se, chegando ao Brasil por volta do final da década de 1970, início da década de 1980. Naquele momento, o país vivenciava em sua história política a redemocratização e a formulação de novas políticas de saúde pública. Entidades e órgãos federais aderiram à chamada Luta Antimanicomial consubstanciada em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, que passariam a subsidiar os novos ideais (MARIZ, 2008).

Amarante (2015) transmite a importância de compreender esse processo como uma trajetória e não uma sequência de etapas lineares e subsequentes, porque são atos e efeitos que se sobrepõem, se contradizem e coexistem. Não há a superação de um modelo por outro, mas sim a construção de distintas e diversas formas de lidar e compreender a loucura e a relação desta com o social.

A desinstitucionalização, apontada por Amarante (2007) como uma das etapas mais recentes da trajetória da RPB é caracterizada por ações que valorizam a invenção; permitem a entrada de um protagonismo muito maior e significativo dos próprios usuários e dos representantes da sociedade civil que tenham interesse pela causa; torna mais palpável a produção de novas culturas, nova ética e formas de trabalho com pacientes e com instituições; afasta lideranças conservadoras e fez surgir o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”,

demonstrando o poder e a força que esse movimento tomou em âmbito nacional, embora caiba registrar que isso não se deu de forma homogênea, nem sem resistência. Foi também conquistada uma maior abertura real dentro das instituições, com a ocupação de cargos públicos por representantes do campo da SM. Desinstitucionalizar, portanto, é sinônimo de desconstruir e de fazer surgir novas modalidades de cuidado e de serviços (AMARANTE, 2015).

Normativas importantes foram se constituindo ao longo do tempo, dentre as mais faladas estão a portaria nº 224/92, a portaria nº106/00, a Lei Federal brasileira nº 10.216, de 2001 e a portaria nº 336/02, em linhas gerais elas legislam respectivamente sobre: atendimento multidisciplinar, garantindo a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas; a continuidade da atenção nos vários níveis e a participação social na formulação e controle das políticas de saúde mental; serviços residenciais terapêuticos, peças-chave no processo de desinstitucionalização; a obrigatoriedade da busca por um melhor atendimento em saúde mental, decretando os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtorno mental, visando o bem-estar físico, psíquico e social desse público; o dispositivo legal assegura políticas de saúde mental, assistência integral e promoção de ações de saúde; a ampliação da abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece portes diferenciados a partir de critérios populacionais; direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência e cria mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS.

Tais determinações visariam um único objetivo: a reintegração do indivíduo à sociedade, através da valorização de sua reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011). O Estado passa a ser responsável por assegurar tais políticas e as ações de promoção de saúde, integrando a sociedade e a família nessa construção. Os órgãos gestores locais são os responsáveis pela regulamentação local que couber das presentes normas e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. No ambiente favorável dos debates sobre a utopia da sociedade sem manicômios, catalisados pela discussão parlamentar da lei que propunha a “extinção progressiva” do modelo hospitalocêntrico, o Estado foi finalmente cumprindo sua parte.

Por que nos é importante fazer este levantamento normativo da RPB? Porque é a partir dele que normas foram surgindo, decisões foram sendo tomadas e enfrentamentos, antes sistematicamente adiados, especialmente com o aparato hospitalar, passaram a fazer parte do cotidiano dos gestores e militantes que assumiam a causa da Reforma; portanto, é a partir desta trajetória que se constituiu o cenário atual e é sobre ele que discutiremos. Os conceitos tão fundamentais que levantamos nesta escrita, tais como vínculo, autonomia, sujeito e cuidado em

saúde são expressões que passaram a fazer parte da compreensão e da prática da SM a partir de então.

Vale lembrar que os avanços da RPB não estão isolados da rede de atendimentos à saúde, educação, lazer e outras diversas e complexas necessidades sociais. Isso implica afirmar que a rede requer uma eficácia mínima em todos os seus pontos de abrangência para poder subsidiar tais demandas. A realidade, em contrapartida, mostra que muitas questões interrompem esse fluxo de ações, tais como a insuficiência dos investimentos na prevenção/promoção da saúde, gastos públicos realizados indevidamente, precárias condições de trabalho, entraves políticos etc, criando fragilidades na intersectorialidade e o estrangulamento e a inversão na rede de atendimento.

Uma reflexão importante, brevemente pontuada na introdução deste trabalho, é a de que não podemos perder de vista que uma lei/portaria apenas institui o caminho normativo para o trabalho, não havendo, entretanto, garantia de que estabeleça uma mudança cultural efetiva. As inegáveis conquistas alcançadas até aqui são fundamentais, modificam o cenário e devem substancialmente funcionar como pontes que trazem para nós a responsabilidade de manter a avaliação e as críticas de nossas práticas diárias, para que os valores e éticas preconizados pela luta antimanicomial se mantenham vivos e não corramos o risco de deixar a lógica manicomial instituir-se novamente, embora que, desta feita, disfarçada de atenção psicossocial reformada.

Palombini (2010, p. 124) elucida quatro pontos para afirmar que, apesar de todo o avanço, ainda não são poucos os desafios e paradoxos das práticas reformistas no Brasil. A seguir, os descrevemos a partir de nossa leitura e compreensão:

O primeiro ponto, segundo a autora, seria o risco de busca por “um equilíbrio psicossocial da comunidade”, que consistiria em uma perda do diálogo com os múltiplos agentes que compõem o território, em que os serviços de SM são apenas uma parte, o que geraria uma nova forma de higienismo, prevalecendo apenas um discurso e perdendo-se a noção de processo e de negociação permanente entre os atores sociais. O segundo ponto seria o risco de engessamento e cronificação dos novos serviços substitutivos, a partir de uma institucionalidade que feche as portas para o diálogo e articulação permanentes com os movimentos sociais. A necessidade de superarmos a concepção de cidadania iluminista, que construiu na modernidade um padrão de subjetividade ligada a uma razão esclarecida, é o terceiro ponto. O direito à cidadania dos loucos é um pressuposto ético e político e não um ideal de desempenho social.

Como último ponto, a autora explica que a política tem papel fundamental na construção de uma cidade como pólis ou como mercado e é importante que se constate sempre que esta é

a questão, este é o ponto de debate quando defendemos e pensamos a noção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pois isso é o que garantirá a atenção psicossocial e suas ações intersetoriais. Os serviços substitutivos, no entanto, passam cada vez mais por um processo de empobrecimento, vulnerabilidade, ruptura dos laços e violência, gerados pela constante e crescente precarização do trabalho e ausência de mecanismos de proteção social e isto interfere diretamente na noção de saúde como dever do Estado e direito do cidadão.

Um ponto, já brevemente levantado na introdução deste trabalho, merece ser novamente destacado. O cenário de retrocesso e ataque aos contundentes avanços da luta antimanicomial, presididos por um governo ilegítimo que a cada dia instaura um novo modo de destruição dos direitos cidadãos, preocupa e exige um forte posicionamento contrário de todos os atores que sofrem as consequências deste modo de fazer política. A portaria aprovada pela CIT no apagar das luzes do ano de 2017 faz parte de um projeto de desconfiguração da rede de SM e, por essa razão, não pode ser confundida com a possibilidade de repensarmos pontos críticos do trabalho na rede. Todas as pontuações aqui elencadas mantêm sua ética e sua base nos preceitos preconizados pela RPB, apenas amplia o escopo para pensarmos em novos modos de estar – movimento natural e necessário para uma política que precisa se manter viva.

Não são poucos, portanto, os obstáculos que se erguem aos atores que compõem a rede da SM. Apesar disso, ao longo de meu percurso profissional, pude acompanhar, direta ou indiretamente, experiências que demonstram claramente a manutenção de uma linha de frente enérgica e persistente no combate à realidade que insiste em reproduzir antigos padrões ou que tenta mesmo destruir os avanços conquistados.

2.3 A Portaria nº 3.088/2011 – RAPS

Em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088, instituiu “a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011, p.1). É uma normativa importante e complexa que define, de forma integral, a associação dos diversos níveis de atenção e assistência entre Atenção Básica e Saúde Mental, formulando os fluxos e direcionando as complexidades de atendimento por setores.

No teor da Portaria nº 3.088 afirma-se a finalidade específica de criar, ampliar e articular o atendimento público à população acima citada. Com diretrizes voltadas à cidadania, regionalização, singularização, empoderamento, redução de danos, educação permanente e

gestão participativa, a normativa objetiva promover, ampliar, garantir e articular os serviços na rede de cuidado em SM, oferecendo assistência qualificada, respeitando e contemplando as singularidades de cada clínica (BRASIL, 2011).

No artigo 2º da normativa encontram-se as diretrizes de funcionamento, das quais podemos retirar como pontos principais a orientação para que o trabalho desenvolvido garanta a autonomia e a liberdade das pessoas, assim como esteja centrado em suas necessidades; que ele reconheça os determinantes sociais da saúde, realizando uma atenção humanizada em que esteja sempre presente a diversificação das estratégias de cuidado e o desenvolvimento de atividades no território, com vistas à inclusão social e à promoção de autonomia e exercício da cidadania. É também enfatizada a construção de serviços de base territorial e comunitária cuja lógica de cuidado tenha como eixo central a construção do projeto terapêutico singular para cada usuário.

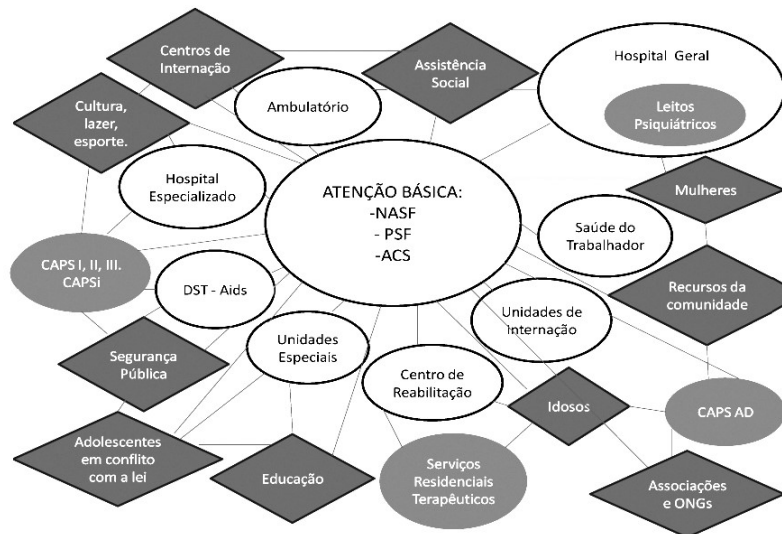
A RAPS é composta por serviços dos diversos níveis de atenção e assistência, sendo tais complexidades representadas por instituições distintas que devem, porém, funcionar por meio da prática multi e interdisciplinar na construção da atenção integral aos usuários.

Nesse modelo de atenção diversificada e de base territorial comunitária, os recursos financeiros passaram a ser voltados cada vez mais à atenção extra-hospitalar com forte perspectiva de desinstitucionalização, como já referimos anteriormente.

A direção já prevista nas normas desta área, mantida pela RAPS, é a de empoderamento da atenção básica de atendimento à SM através dos matriciamentos e dos ambulatórios. A rede básica é a:

responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

No ano de 2011, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) disponibilizou o gráfico abaixo, que demonstra a concepção da RAPS, deixando bem clara a posição estratégica da Atenção Básica, ponto de partida para todo o restante da rede:



A nova e importante política é um inegável avanço em uma área como a SM que ainda é recente e tem atravessado, ao longo de seu percurso, transformações significativas, tanto política como ética e socialmente. Como vimos brevemente no primeiro item deste trabalho, a gradativa mudança do imaginário social da loucura, antes vista como algo amedrontador e que deveria ser excluído do convívio com os demais, vem gradativamente dando espaço a conquistas de cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental. Passam elas a retomar o convívio familiar e a frequentar espaços recreativos, sociais e culturais, assim como a ocupar cadeiras nas instâncias colegiadas, participativas e representativas da sociedade civil ou de grupos de usuários, com mais voz ativa nas discussões e na construção de políticas de atenção à SM. Nesse sentido, estão incluídas muitas vezes, desde as práticas/atividades nos serviços e construção dos projetos terapêuticos, até discussões institucionais e legislativas, que definem as políticas de atenção à SM e podem hoje contar com a participação dos usuários.

O que pude observar, gradual e persistentemente, ao longo do meu percurso profissional, é que em alguns serviços a normatização em vigor, que tenta definir qual o serviço que se destina a cada clientela, nem sempre consegue dar conta da realidade atual e plural. Em minha prática, fui constatando que são inúmeros os motivos que levam os usuários a procurar os mais diferentes serviços em busca de atendimento e acolhimento, quer pela urgência do atendimento que o faz adentrar qualquer instituição que ele avalie que possa lhe receber; ou pela distância/proximidade de sua casa; pela condição financeira que não lhe permite, muitas vezes, ir até o serviço indicado; em função da ausência/precariedade dos serviços que não conseguem mais absorver a demanda; ou, ainda, pela relação que o indivíduo estabeleceu com aquela dada equipe/espaço/cuidado ofertado.

Diante desse cenário surgem apostas em alternativas de atendimento, porém, nem sempre esse processo se dá de forma tranquila ou mesmo dialogada entre as equipes e as instâncias de gestão. Sejam nas experiências vivenciadas por mim e/ou nos relatos de colegas da rede, deparei-me com algumas situações de resistência ao novo ou mesmo de dificuldade em perceber que certas direções atuais de trabalho nem sempre servirão para todos.

Os pontos elucidados, logo no início deste tópico, que dizem respeito às diretrizes da RAPS, não deixam dúvidas, pois apontam e reafirmam a necessidade de manutenção de uma singularidade. De que outra forma podemos promover/garantir a autonomia e o exercício da cidadania em um trabalho que reconheça os determinantes sociais da saúde, promova uma atenção centrada nas necessidades das pessoas, de base territorial e comunitária, e que permita diversificação das estratégias de cuidado? Precisamos reafirmar a necessidade de escutarmos os serviços, os profissionais e os sujeitos atendidos antes, durante e depois da concretização de qualquer regulamentação.

Nessa discussão não poderá faltar a adoção da noção de equidade em saúde, centro das políticas de saúde, que implica reconhecer as necessidades dos grupos específicos, portanto, as diferenças existentes nas condições de vida e saúde das pessoas, levando em conta que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais, econômicas, psíquicas etc, devendo atender à diversidade e, assim, almejando reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Esse ponto corrobora com a importância de um olhar que, sem deixar de lado o macro, não perde de seu ponto de vista o singular, base de toda esta pesquisa.

É por essa razão que a proposta desta pesquisa é a de refletir mais a fundo algumas práticas que se propuseram a apostar em modos de exercício da oferta de cuidado em contexto e dispositivo específicos, para pensarmos quais os desafios encontrados, assim como quais as potencialidades/particularidades que guardam diante do já instituído. A busca é por encontrar como está o singular, em meio ao plural.

A RAPS é um documento de fundamental importância para uma diretriz de trabalho e de organização de uma rede de cuidado e foi certamente elaborado por uma equipe responsável e experiente na área. A concepção de rede nele prescrita, todavia, descreve uma realidade que, muitas vezes, não é vivida em determinados dispositivos que se constituem e se estruturam de forma radicalmente diferente, sem que por isso percam sua função, nem se afastem dos princípios éticos e políticos da Luta Antimanicomial. Isso é para nós, assim apostamos, uma nova tecnologia de cuidado.

Como explicar tal fenômeno? Como sustentar uma estratégia nova e bem sucedida diante de um arcabouço normativo que restringe e nomeia onde e quem pode ser atendido? Isso tem profundas repercussões inclusive sobre o gerenciamento, financiamento, recursos humanos e direção clínica dos serviços. Como lidar, ou melhor, como estamos lidando com essas questões? Esses são pontos que pretendemos iluminar nesta pesquisa a partir dos casos clínicos.

No item seguinte, buscamos apoio teórico em autores contemporâneos que ajudam a desenhar de forma mais clara o que está sendo chamado de cuidado em saúde mental, os princípios que o norteia e como se organiza a rede de atendimento hoje.

2.4 O Cuidado em Saúde Mental – breves direcionamentos para esta clínica

É inegável que a riqueza e a complexidade constituintes do campo da SM se dão exatamente pela abrangência de todos os pontos que tocam o humano: a economia, a arte, a política, as formas de se relacionar com o meio e com as pessoas que o compõem, a organização geográfica e sanitária das cidades e comunidades, o mundo do trabalho, a ética e a cultura que norteiam os padrões de sociabilidade, a convivência etc. Enfim, tudo está relacionado direta ou indiretamente à SM e faz parte dos fatores que definem a forma como se compreende (ou não), se convive (ou não) e se cuida (ou não) das pessoas – que são a representação por excelência da ‘saúde mental’.

Amarante (2007, p.15) define que a expressão ‘saúde mental’ designa “um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde”. Complexo, plural, intersetorial e transversal pode ser considerado como um dos poucos campos fortemente atravessados por distintos saberes e práticas, o que nos faz encontrar dificuldades para delimitar suas fronteiras e limites. Eles existiriam de fato?

Não há como responder essa pergunta, mas uma certeza que podemos enunciar é a de que a natureza da SM é resultante de um novo paradigma do conhecimento, pois a ideia de que existem respostas únicas e definitivas já perdeu seu lugar neste campo. Como em algumas abordagens do cuidado e da promoção da saúde, na SM também o modelo científico dual e racionalista, no qual está sempre em jogo uma briga entre verdade *versus* erro, não dá mais conta de lidar com a pluralidade das questões com as quais nos deparamos. Amarante esclarece:

Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007, p.19).

E quais são as ações/práticas próprias dos serviços/equipes de SM? Como vimos no tópico que tratou sobre a RAPS, isso varia de acordo com a complexidade dos serviços e sua posição na rede, mas, de modo geral, podemos afirmar que todo atendimento à SM deveria incluir, ou poderá ser necessário que inclua: acolhimentos, para uma primeira escuta com direcionamento à rede específica avaliada mais adequada para receber o caso; atendimentos individuais, grupais, familiares e oficinas com familiares e usuários; alimentação, pois alguns serviços, como os CAPS, possuem esse suporte, de forma que outras necessidades da vida dos sujeitos também possam ser, de alguma forma, incluídas no que se compreende por tratamento; construção de espaços de convivência para além do modelo de consultório, de modo que sejam ofertadas formas criativas de cuidado, escuta e atenção na convivência; abertura e organização da equipe em casos de possíveis atendimentos à crise, mesmo que o serviço não possua esta complexidade deve construir algum desenho de quais caminhos seguir em situações assim, já que, muitas vezes, os pacientes em genuína desorganização procuram o serviço no qual são referenciados, não pela complexidade deste estar de acordo com o atendimento que solicitam, mas sim pelo vínculo com o serviço/profissional que o atende.

Nesses momentos de crise, a equipe deveria apostar numa organização e num direcionamento para um atendimento possível, por vezes acompanhando o paciente até uma urgência, em outras contornando pela escuta a gravidade da situação e, nestas, o usuário retornar para casa sem a necessidade de internação, evitando-se o desgaste do pernoite na intercorrência de uma emergência, de contenção mecânica ou mesmo de internação psiquiátrica.

Entre as atividades realizadas nos serviços, costuma ser necessária a realização de visitas domiciliares, grupos de passeio, atividades diárias e uma série de acompanhamentos dos usuários em que é avaliada a indicação de um trabalho desta ordem. Há reuniões de equipe e é indicado que haja supervisão institucional, cujo um dos objetivos é a construção de uma comunicação dentro do serviço para elaboração e (re)avaliação conjunta de Projetos Terapêuticos Individuais, além da comunicação com a atenção básica, escolas, CAPS, hospitais gerais e psiquiátricos, famílias, órgãos de gestão e todas as demais instâncias que se façam presentes na vida dos sujeitos e que, portanto, precisam estar articuladas aos seus tratamentos.

Onocko (2014) levanta quatro eixos fundamentais em torno dos quais avalia que se deem as práticas desenvolvidas pelos serviços de saúde mental. São pontos que devem ser sempre atualizados e discutidos entre a equipe para que as ações encontrem pernas para se sustentar e caminhar, tornando-se assim práticas consistentes e coesas com a ética da SM. São eles: a crise, a família, o grupo, o trabalho.

A crise é entendida como o momento de radical perda dos referenciais do sujeito e de vivência de muito sofrimento por parte dele e de sua família também. Onocko (2014) nos aponta, no entanto, importantes fatores encontrados no dia a dia que se tornam obstáculos a um trabalho dentro da lógica da Reforma: os serviços substitutivos ainda estão em número insuficiente em certas localidades; falta apoio institucional às equipes e necessidade de investimento para qualificar os serviços de forma que tenham subsídios técnicos e estruturais para atender a crise; os episódios de internação, quando utilizado esse recurso, o que não é tão incomum quanto desejaríamos, são vazios e sem vínculo ou, por vezes, acontecem somente porque são a única opção, não construindo um trabalho que gere frutos para além daquele espaço.

Sobre a família, em SM há a necessidade de escutar, acolher e tratar também a família. É um trabalho difícil e com pouca formação disponível, além de as próprias equipes por vezes esquecerem que o sujeito psicótico é fruto dessas relações, logo, que a melhora destas interfere diretamente no quadro. Há que se ter espaços protegidos e apropriados para que nem os usuários e nem seus familiares se sintam expostos, invadidos (ONOCKO, 2014).

Em relação ao grupo, faz-se importante a existência de um que se interroge o “para quê?” de sua existência, que permita a vivência de experiências subjetivas novas, que funcione de fato como espaço aberto e em coerência com as reais demandas dos usuários e não apenas como fruto do desejo e das possibilidades dos trabalhadores.

Para o ponto relativo ao trabalho, Onocko (2014) nos alerta a necessidade de atenção para que a ação social não se sobreponha à interlocução no sentido de, enquanto profissionais, não nos deixarmos restritos apenas à palavra ou a uma forma específica de expressão que avaliamos importante. Esse ponto já foi tocado ao longo da escrita quando é dito que o trabalho em SM busca uma rede de ações e intervenções de cuidado, exatamente pela sua complexidade, logo, é fundamental que se consiga apoiar cada participante na (re)construção e (res)significação de (novos) sentidos nas atividades que realiza para que estas não sejam apenas um ato vazio, desresponsabilizado, sem sentido, caso contrário, virará apenas um espaço de adaptação social/normatização.

É preciso, portanto, que a equipe faça análises da instituição via uma discussão clínica, e aqui a noção de clínica pode ser resgatada daquela proposta de clínica ampliada (CAMPOS, 1997), vista anteriormente; que se interroge sobre suas práticas; compreenda a existência de processos subjetivos envolvidos em todo o processo, dos dois lados – tanto o dos profissionais, quanto o dos usuários; encontre respaldo na própria equipe para o diálogo e construção

coletivos; amplie para outros saberes o planejamento em saúde; e, principalmente, que reconheça e assuma a necessidade de extensão da clínica aos serviços públicos de saúde, ou seja, que haja espaço para que se transforme o *setting* do privado para o público (ONOCKO, 2014).

Sobre esse último ponto, Onocko transmite:

E não é também disso que precisa uma clínica da psicose? Não basta manter a ética da psicanálise na sua lógica privada, oferecendo consultórios ainda que tornados públicos (FIGUEIREDO, 1999, p. 11). Tratar psicóticos, colocando a doença entre parênteses, fazendo advir uma clínica do sujeito, nos desafia a sermos capazes de mudar nosso *setting*. Nada contra o divã, mas temos certeza de que a clínica que almejamos para o serviço público não será construída somente em volta dele. Deveríamos criar uma rede de sustentação, de suporte, na qual os pacientes possam experimentar, de novo, suas transferências maciças, com resultados diferentes (ONOCKO, 2014, p. 114).

Avançaremos sobre essa questão da psicanálise na saúde mental no tópico seguinte. Por hora, o que nos vale desta discussão é o apontamento de que ampliemos o olhar, as práticas e ações na SM para que possamos verdadeiramente entrar em contato com sua realidade, potencialidades e dificuldades.

Qual tem sido a possibilidade de mantermo-nos nesta caminhada, lutando para a permanência destas importantes conquistas e deste trabalho até aqui delineado? São inquestionáveis os enormes avanços que tivemos em termos de assistência e cuidado no campo da SM nas últimas décadas, todas fruto, como vimos, de uma forte mobilização de todos os atores que a compõem. Seria, inclusive, irresponsável passar por esta questão como um mero detalhe. O intuito desta pesquisa não é e nunca será o de questionar os avanços e, em minha atuação profissional, sempre estive à frente das lutas travadas pela manutenção destas conquistas. “Manicômio nunca mais”, “Nenhum serviço a menos”, são bradados como lemas em todos os atos e intervenções dos que estão à frente do movimento de “Manicômio nunca mais”. Isso, no entanto, não deve pasteurizar os obstáculos ainda presentes, que ainda insistem reproduzir, mesmo que de maneira diferente, antigos paradigmas.

Uma questão importante fomentada por Onocko e Furtado (2005) é se a oficialização da Reforma Psiquiátrica possibilita a manutenção de sua capacidade de trazer o novo e de questionar as instituições e os paradigmas. É uma pergunta fundamental para esta pesquisa que pretende, exatamente, abordar práticas de cuidado que ocorrem em um serviço que, a priori, não é mais reconhecido como parte integrante do modelo de cuidado em SM.

Uma vez que instituir novas regras e novos espaços que se proponham a construir formas de cuidado diferentes das já superadas pela RPB não garante de fato que eles sejam colocados em prática, os autores suscitam um questionamento do qual compartilhamos:

Como trans-portal e trans-formar os novos referenciais para os serviços, novos ou não, de modo a garantir a oferta e a realização de práticas assistenciais essencialmente não segregadoras, não alienantes e inclusivas? Considerando que tais diretrizes materializam-se e atualizam-se no contato entre profissional e paciente, até que ponto esse encontro estaria imbuído das novas concepções? (ONOCKO E FURTADO, 2005, p. 113).

Aqui os autores se referem à concretização do que já está previsto, mas acredito que podemos também trazer para esta pesquisa os mesmos questionamentos: como garantir flexibilidade na implantação de serviços e práticas de cuidado de modo a contemplar a especificidade/singularidade das situações/casos? É possível instaurar modificações neste cenário recém construído pela RPB?

É chegada, então, a hora de trazermos para o debate os apontamentos de Cecílio (2012) a respeito dos cinco problemas teórico-práticos que ele identifica no avanço e na construção do SUS e que podemos nos perguntar se eles se encaixam no campo da SM e nos questionamentos acima levantados. São eles:

a) A quimera da Atenção Básica: o autor alerta que é “necessário compreender a rede real no que ela produz de bem, mas, também, o quanto ela se afasta espantosamente de muita coisa que idealizamos” (CECÍLIO, 2012, p. 283), apontando que as falhas encontradas hoje não são apenas uma questão de mais tempo para que a rede possa se consolidar, mas sim uma demonstração de que algo não está funcionando.

Acreditamos ser extremamente valiosa e corajosa essa avaliação do autor, colocando em xeque as cegueiras criadas pelos ideais. Por vezes é necessário que possamos encontrar as falhas reais dos serviços ou da forma como estão organizados dentro da rede para que, dessa maneira, encontremos novas formas de promover o cuidado que apostamos. A rede de SM, hoje, dá conta de tudo aquilo que prevê a RPB e as normatizações daí consolidadas? Será também que nos vale achar que é só uma questão de mais tempo ou de mais investimento apenas?

b) O Usuário fabricado e o fabricante: compreensão e reconhecimento do usuário vivo/real para produção de inovação de práticas, de cuidado e de conhecimento. Cecílio (2012) nos aponta que há uma tensão sempre presente entre a normatividade que os gestores almejam e o movimento real das pessoas, deixando assim o sistema moldado na racionalidade e normatização (controle). Na SM este é um ponto recorrente, uma vez que as histórias e os

sujeitos envolvidos ultrapassam, e muito, nossa capacidade de imaginação, então, não podemos achar que o trabalho só caminha bem quando está acontecendo aquilo que desejamos, ou que achamos ser o correto, ou mesmo o que sabemos fazer. É necessário que retiremos grande parte de nossas expectativas e ideais para que consigamos lidar com o que há de verdadeiro e singular em cada caso. Não haverá um usuário ideal. Não há moldes possíveis neste campo. Assim, é muito importante observar o que pondera o autor:

Nós, gestores, trabalhadores de saúde, vamos ter que aprender a reconhecer o usuário-fabricador e incorporá-lo como parceiro na fabricação do sistema. Reconhecer que a gestão do seu próprio cuidado feita pelas pessoas é muito mais vital para a configuração do cuidado que elas precisam do que nós, gestores, gerentes, trabalhadores, temos conseguido vislumbrar, aceitar e traduzir em estratégias concretas de operacionalização dos processos de trabalho. Entre estas, eu apontaria a ideia de co-gestão do cuidado para valer entre trabalhadores e usuários (CECÍLIO, 2012, p. 287).

c) A diferença de tempo e de lógica entre gestão, equipe e usuários em relação ao acesso e consumo de serviços de saúde: a gestão possui o tempo das possibilidades, o que está em jogo é a oferta *versus* a demanda, os profissionais seguem o tempo do cuidado, em que são as tecnologias e os recursos para o bom cuidado que estão em xeque, já os usuários estão no tempo da necessidade, querem que a sua demanda seja atendida da forma mais breve e efetiva possível, dentro do esperado por eles. Há, então:

Tempos diferentes, lógicas diferentes, atuando com um traço em comum: todos sob o comando dos ditames da medicina tecnológica. Tanto no imaginário dos usuários, que desejam mais e mais consultas médicas, mais e mais exames, buscando de alguma forma suprir o que a rede básica não cumpre (integralidade, promoção e prevenção, responsabilização, ou seja, a quimera da rede básica...), como na lógica dos saberes que o médico opera, centrada na tríade corpo doente/diagnóstico/tratamento, que não pode prescindir das tecnologias duras e dos saberes especializados para sua realização. Ou ainda na condução da gestão, prisioneira, em última instância, das duas lógicas anteriores, algo como se não sobrasse outra opção, para quem faz a gestão em saúde, do que exatamente prover tudo o que a medicina tecnológica demanda para sua realização (CECÍLIO, 2012, p. 285).

d) O estranhamento de gestores com a micropolítica na gestão: o “sistema de saúde” deve ser considerado como um produto da ação de múltiplos atores, caso contrário, recairá em um modo excessivamente governamental, funcional e instrumental. Acredito que já expusemos nesta pesquisa inúmeras contribuições que nos ajudam a pensar neste ponto na SM. Em resumo:

Temos que considerar que neste espaço existem atores reais, os trabalhadores, médicos, enfermeiros, profissionais de saúde que, ao se moverem de acordo com seus saberes, suas éticas profissionais, os sentidos que dão para este extraordinário experimento social que é o SUS, movem-se, produzem, inventam, resistem e configuram o cuidado que, afinal, nunca é como nós (gestores, sanitaristas, pensadores, formuladores) teimamos em querer normalizar, formatar, produzir à nossa imagem e semelhança. (CECÍLIO, 2012, p. 287).

Essas considerações, inclusive, são importantes também para nos ajudar a pensar saídas para a contrarreforma que está em andamento, pois apontam para a possibilidade de resistência dos sujeitos mesmo diante dos constrangimentos colocados pela normativa e pela macropolítica.

e) Os múltiplos regimes de regulação do acesso e consumo de serviços de saúde e o funcionamento como uma produção social: os regimes de regulação são agenciamentos que desenham fluxos, pontos de conexão. Assim, tomando a formulação do autor:

Resulta disso que, para não fazermos mais do mesmo, deveremos, entre tantas coisas, relativizar o conceito de "sistema de saúde" (designação que trai uma pretensão de ordem, de funções articuladas, de regularidades, de finalidades únicas...). Deveremos deslocar o conceito de "sistema de saúde" para algo que, embora apenas comece a ser enunciado, que ainda não nos seja bem claro, já reconhece fluxos em rede, linhas de cuidado, redes de cuidado... (CECÍLIO, 2012, p. 286).

A combinação dos cinco pontos nos direciona à certeza de que não há como burocratizar tudo e que há de se escutar todos os atores envolvidos. Esse é o enlace entre todos os pontos levantados pelo autor, a partir dos quais vemos ser possível abrirem-se caminhos de reflexão e direcionamento de práticas na SM, apesar de ele os ter circunscrito no âmbito da atenção básica (AB).

Será que retomar o cenário de uma rede, à luz de um serviço e de suas práticas de cuidado, (representados por casos clínicos) pode nos auxiliar a encontrar caminhos e respostas para questões tão importantes e que, de certa maneira, ao serem respondidas, podem iluminar caminhos e possibilidades na assistência e gestão da SM? Esta é uma questão que estimula a produção desta pesquisa.

Processos de mudança não incluem apenas experiências prazerosas, conquistas positivas e apoio de todos os membros de uma equipe. Reposicionamentos são sempre experiências em que estão em jogo diversas questões e as organizações, como já vimos, são redes de pessoas independentes com interesses diferentes que se juntam em função de oportunidades diversas.

O conflito se estabelece quando tais interesses diversos tornam-se diametralmente opostos e colidem, podendo ser construído nas estruturas da organização, nos papéis e atitudes, ou mesmo surgir em função de recursos (escassez). O conflito é aquilo que escapa, que incomoda, que ocupa a agenda e exige providências. Pode o conflito arejar, motivar a sair da inércia, criar novas oportunidades, pode produzir mudanças ou levar a manutenção do *status quo* (CECÍLIO, 2005).

É interessante constatar que modelos de gestão participativa e democrática e construtores de autonomia, paradoxalmente, são vistos pelos trabalhadores como controlistas. Isso se daria por conta de uma sensação de invasão da privacidade pelos trabalhadores, uma vez que nestes modelos todos compartilham as tarefas, dificuldades, êxitos e, portanto, a equipe conhece mais as práticas uns dos outros (CECÍLIO, 1999).

Como já vimos, a autonomia é um projeto de sociedade que vai além da eficácia dos serviços apenas. O trabalho em saúde tem, por sua natureza, um forte componente de autonomia. Há que se buscar uma autonomia que seja compartilhada com os trabalhadores e usuários, pois a falta de conhecimento dos processos dificulta eliminar sua alienação, daí porque é essencial a criação e a execução de novos dispositivos de participação, de negociação e de abertura. Sendo assim, para promover mudanças há que se enfrentar a problemática da distribuição do poder (CECÍLIO, 2005). Não se pode subestimar os circuitos de poder existentes em uma organização, seja ela de qual ordem for; há uma trama de relações de poder tecidas em todas as direções e que não segue a hierarquia formal (CECÍLIO, 1999).

É fundamental constatar, portanto, que para analisar os limites e as possibilidades de mudança nas práticas de cuidado não poderemos deixar de tratar questões como poder, autonomia e suas intrínsecas relações com a manutenção ou a mudança de paradigmas.

A atual conformação das práticas nos serviços de saúde só será transformada se forem alteradas as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir saúde. O núcleo do cuidado deverá ser o foco prioritário (MERHY, 1998 *apud* CECÍLIO, 1999).

Como afirmamos anteriormente, partimos também de um marco teórico fundamental: a psicanálise – seu foco no sujeito, sua abertura ao inconsciente e à compreensão das relações atravessada pelo que Freud denominou de transferência são pontos que ajudam a fazer uma leitura do que está aqui sendo chamado de um trabalho singular, pautado no vínculo e na realidade própria a cada território. Por esta razão, no tópico abaixo, aprofundaremos a discussão da psicanálise aplicada, de forma a estabelecer um diálogo com a Saúde Mental e pensar este modelo de atenção, sua rede de atendimento e suas apostas.

2.5 A psicanálise e o trabalho em saúde mental: qual a contribuição possível da teoria sobre este campo?

Partindo da formação em psicologia e da psicanálise como linha principal de estudos e intervenções em campo, particularmente, tentaremos realizar um breve balanço acerca das contribuições da psicanálise sobre o campo da SM – indicações que tem como foco a equipe, os serviços e as relações que ali se estabelecem, sendo, portanto, direcionadas a este vasto e complexo campo do atendimento/cuidado à clínica das psicoses, dialogando com a vertente da atenção psicossocial.

O reconhecimento da dimensão inconsciente e transferencial nas relações/práticas de trabalho, em que todos os atores estão envolvidos, é o norte principal trazido pela psicanálise para pensarmos o campo da SM.

Não é o objetivo aqui realizar um aprofundamento dos conceitos da teoria psicanalítica, mas, sim, construir uma articulação do que já foi conceitualmente elaborado às práticas, vivências e experiências (inesperadas) do campo. A psicanálise aplicada, umas das propostas das pesquisas de Freud desde seu início, mesmo que não tenha feito uso mais que uma vez deste termo (FIGUEIREDO et al, 2006), será o terreno sobre o qual abordaremos o debate que proposto.

Figueiredo et. al (2006) nos auxiliam numa breve delimitação do que é a psicanálise aplicada para tomá-la junto ao campo da SM – ela funcionaria como uma experiência que ao mesmo tempo que renova a psicanálise, o faz orientando-a dentro daqueles princípios freudianos que marcam sua diferença das demais práticas terapêuticas. É uma corrente que não só valoriza como aposta ser fundamental o diálogo e a inserção da psicanálise nos mais diferentes territórios e campos de conhecimento. Os autores afirmam que outros estudiosos do tema apontam categoricamente que essa sempre foi a postura de Freud diante da psicanálise e de sua própria forma de fazê-la circular e existir enquanto uma ciência.

Zenoni (2000) fortalece essa postura ao marcar que espaços como comitês de ética, sociedade e instituições devem ser cada vez mais ocupados pelos psicanalistas, de forma que a dimensão do sujeito no sentido psicanalítico seja sustentada. Porém, neste processo de entrada da psicanálise em novos e diferentes espaços, em especial nas instituições, o autor refere ter havido uma cisão importante e significativa entre a prática da análise e a prática de cuidados médicos, sociais e psiquiátricos.

Isso teria ocorrido devido às diferenças entre o papel da análise e da instituição serem muito radicais, o que fez com que os psicanalistas ou recusassem a instituição ou se inserissem nela

em uma posição contra a orientação da política institucional (ZENONI, 2000). A partir de minha prática em diversos serviços da rede de SM tanto no Rio de Janeiro, quanto em Belém do Pará, arrisco afirmar que esta é uma tensão ainda presente em inúmeros casos. Não se pode reduzir a psicanálise ao atendimento de neuróticos, logo, não se pode apenas levar o consultório para a instituição nos mesmos moldes (ZENONI, 2000).

Zenoni (2000) sustenta que na discussão psicanálise x instituição o que está em jogo não é apenas a prática em si do analista, mas sim a transmissão da psicanálise, afirmando que o analista precisa aprender a se inscrever nesta prática de muitos sem ficar apenas reivindicando seu lugar, mas utilizando seu espaço como transmissão da operação freudiana da clínica.

Uma prática feita por muitos tem por efeito, inicialmente, tratar os efeitos imaginários próprios a todo coletivo. Construir uma comunidade de trabalho fundada na clínica não é simplesmente uma teoria da equipe, mas realiza condições propícias ao acompanhamento do sujeito que ela acolhe. É uma teoria da equipe, de como vão se colocar a trabalho, mas considera que há uma incidência sobre o tratamento, enquanto ela presentifica o Outro, cujo saber e poder estão esvaziados. Inscrever-se nessa prática feita por muitos pode ser para o analista uma ocasião mais eficaz de transmissão da operação freudiana na clínica do que se ele passar seu tempo reivindicando sua especialidade [...] É por isso que eu penso que a questão psicanálise e instituição é menos a questão da prática do analista, do que a questão da transmissão da psicanálise (ZENONI, 2000, p. 25).

Este é, inclusive, um dos pontos trabalhados pela psicanálise aplicada: trazer à tona para discussão a reformulação necessária das ações e práticas que tiveram seu início no *setting* dos consultórios, com atendimentos pagos (e muito bem pagos), numa relação dual analista-analisante, e que agora passam a se adequar aos serviços públicos, sua dinâmica e estrutura. Em outras palavras, é necessário se realizar uma desconstrução desta prática da psicanálise no público e no privado ou, como afirma Onocko (2014), é fundamental uma ampliação da discussão a respeito de qual a clínica possível no serviço público de SM, em especial, a clínica das psicoses.

A clínica defendida por Zenoni (2000) permite tanto a entrada na experiência psicanalítica quanto também na de uma prática social ou institucional, apontando inclusive para a questão de que o tratamento da psicose não precisa ser necessariamente coletivo, mas se a clínica exigir, como se portará a psicanálise? Para ele “a questão então é saber se a psicanálise pode orientar uma prática que não é de um só e que não se limita a certos momentos do dia” (ZENONI, 2000. P. 17).

Para os psicólogos é inegável que são muitos os desafios (clínicos, teóricos, políticos e profissionais) que as novas inserções os impõem, logo, também à psicanálise, pois suas práticas agora incluem atendimentos coletivizados, trabalho de desinstitucionalização, atendimentos voltados à clínica de álcool e outras drogas, atuação em novos dispositivos, assim como o auxílio na construção da rede de atenção psicossocial, todos estes pontos fortemente reforçados pela RPB. Esses novos papéis fazem com que seu trabalho esteja cada vez mais publicizado, compartilhado, visível, e “a indicação de *conviver* por oposição a *convencer* tem aqui sua mais contundente aplicação” (FIGUEIREDO, 2010, p. 12).

Como o objetivo deste tópico é o de discutir a respeito das contribuições que a psicanálise pode oferecer ao campo da SM, o que não se restringe a nenhuma categoria profissional específica, podemos utilizar este ponto da “prática de muitos” acima citada e avançar, então, para um dos pontos basais na clínica da SM, o de trabalho em equipe.

Em primeiro lugar é preciso lembrar que a construção de uma equipe de SM não é algo automático que ocorre apenas com a contratação e alocação de profissionais em um serviço, sendo necessário que se construa um trabalho. Figueiredo (2005) nos dá algumas indicações da prática da psicanálise em um contexto de trabalho coletivo, são elas: não há um todo no coletivo, isto significa deixar de lado a ideia de uma igualdade no seio da equipe, entendendo que o que pode haver é uma direção comum para o trabalho, sustentada em uma clínica; portanto, o trabalho não é feito sozinho, apesar de ser necessário que cada um se responsabilize pelo seu ato, mesmo que isso em seguida seja transmitido e compartilhado no coletivo; essa partilha dar-se-á a partir do que foi fornecido pelos sujeitos atendidos através de sua palavra e suas ações, de forma que auxilie a equipe na construção da direção do trabalho e dos projetos terapêuticos; o instrumento de trabalho a ser usado está pautado na transferência de trabalho que consiste na construção de um laço produtivo entre pares que tenha como objetivo o fazer clínico e também a produção de saber e, aqui, a transferência se estabeleceria no objetivo comum entre as diferentes profissões que compõem a equipe, qual seja, uma concepção de clínica pautada no sujeito.

Mas o que quer dizer uma ‘clínica pautada no sujeito’?

Em primeiro lugar está a compreensão de que a matéria prima do trabalho em SM é a palavra do sujeito em questão, portanto, o trabalho visa uma elaboração disto (FIGUEIREDO 2007). Nos serviços não se deve prescindir, a despeito das técnicas no/em grupo, da atenção à palavra de cada sujeito e a um trabalho voltado para a particularidade de cada caso (NICÁCIO, 2013).

Devemos estar abertos e atentos ao potencial de cada sujeito e seu território, ao invés de achar que só a equipe detém as respostas.

Isso consistiria na chamada “prática entre vários”, termo cunhado por Di Ciaccia (in FIGUEIREDO et al, 2006):

Na prática entre vários, essa suposição de saber é deslocada de um saber atribuído à equipe, para uma suposição de saber do sujeito, portanto, do lado da equipe se inscreve uma posição de não-saber que pode interrogar o sujeito, que pode vir a fazer algo inédito com isso (FIGUEIREDO et al, 2006, p.9).

Este ineditismo é nomeado por Tenório e Rocha (2006) como algo da singularidade e da possibilidade de invenção presente no paciente para concatenar sua experiência. É este traço de invenção que deve ser buscado e identificado pela equipe. Há também uma invenção necessária à equipe – no item emergente de análise sobre a Criatividade abordaremos este ponto.

Esse não saber por parte da equipe nos direciona para um ponto fundamental: se a equipe não sabe sobre aquele sujeito, se é principalmente dele (auxiliado pelo trabalho) que deve advir os caminhos a seguir, logo, isto necessariamente implica afirmar que a equipe não sabe o que é melhor para ele. Este pode parecer um ponto de menor relevância, mas, ao contrário, é fundamental nesta ruptura que a psicanálise propõe com a ética de cuidado existente na Saúde Coletiva.

A ética da psicanálise não é a ética do cuidado, isso não quer dizer que ela seja contrária ao cuidado, mas passa ao seu largo, uma vez que a ética do cuidado pode se confundir com a ética do bem – e esta, por sua vez, está muito associada à normativa. Para o cuidado, a psicanálise pode nos trazer de interessante um bem dizer, um bem fazer e não é um bem como uma normativa.

Para tratar desta questão Kehl (2002) retoma o rompimento da psicanálise com a concepção aristotélica clássica em que se encontra uma associação direta entre o bem supremo e a verdade do sujeito, esta compreensão implica na concepção de que a prática do bem é suficiente para a produção de bem-estar. No entanto, isso recai em uma busca pela psicanálise de forma mal-entendida, gerando expectativas errôneas. A SM não é resultado da produção deste tipo de bem, em que boas pessoas sabem como as demais precisam ser tratadas e o que necessitam para seu bem-estar. A autora nos aponta que “de acordo com essa abordagem, qualquer bem, qualquer valor já perde o predicado de supremo. Devemos nos contentar com bens parciais, satisfações parciais e com a ideia de um sujeito dividido quanto ao seu bem” (KEHL, 2002, p. 30-31).

Como dito acima, a ideia de querer o bem do paciente pressupõe que a equipe sabe o que é melhor pra ele, já para psicanálise a questão está em como o sujeito se vira com o nosso suporte. Aos que desconhecem essa forma de compreensão e intervenção, por vezes, pode acabar sendo tomado como um abandono do paciente, como se a equipe fosse passar a deixá-lo sozinho em suas escolhas, mas ocorre ao contrário – sem que o abandonemos podemos encontrar caminhos para que ele diga de si, de suas escolhas e as sustente como lhe for possível. O suporte é para que cada sujeito encontre seus recursos subjetivos próprios e, assim, desenhe sua forma de lidar com o que lhe é singular, os diagnósticos podem ser iguais, porém a forma de se virar na vida sempre será outra e variará entre os sujeitos; enquanto profissional, seu papel é o de estar lá para dar este suporte.

Avaliamos que a psicanálise agrega à ética do trabalho em saúde quando reconhece a importância do uso da palavra e da reflexão contínua das equipes, a qual gera, nestes espaços, análises e práticas que acompanham um movimento mais democrático, assim como nos exige compreender a presença e o papel dos “estados pulsionais inconscientes” que se fazem presentes nesses espaços (ONOCKO, 2014).

Para o trabalho que esta equipe realizará Figueiredo (2010) nos aponta que há:

Três indicações da psicanálise para o trabalho em equipe, a saber: a posição subjetiva dos profissionais como “aprendizes da clínica”, uma posição estrategicamente vazia de saber *a priori*, um saber em reserva; a organização coletiva da equipe a partir da ‘transferência de trabalho’, que diz respeito ao trabalho com responsabilidade partilhada (e não simplesmente transferida para o outro) fazendo circular o saber que advém do sujeito e não do profissional; e, como corolário do processo, proceder à ‘construção do caso’ que se dá a partir dos elementos fornecidos pelo sujeito, e não da convergência de saberes múltiplos dos profissionais que, no máximo, produzem um saber sobre o sujeito. Essa construção é parcial e recorrente, e exige que se mantenha certa atenção e cuidado para possibilitar de fato um acompanhamento do usuário através da construção do caso (FIGUEIREDO, 2010, p.14).

Nos serviços da atenção psicossocial, soma-se à construção do caso a circulação do caso e ambas caminham juntas. Dessa maneira, o caso e a rede vão se construindo juntos, num movimento que Figueiredo (2010) nomeia de “construção – circulação – construção” e a rede necessária a ser construída é aquela por onde o usuário percorre em seu dia a dia, sem que a equipe perca de vista o sujeito, suas escolhas, seus estilos e seu modo de viver. Nós é que temos de segui-lo e adaptarmos nossas condutas.

O que precisamos, então, é de uma gestão que, ao lidar com as questões clínico-políticas inerentes ao trabalho, leve em conta a subjetividade da equipe e dos usuários. Mas o que isso

implicará na prática? Dentre alguns outros pontos, podemos afirmar que isso levaria a uma mudança na questão da responsabilização dos sujeitos, e aqui estão incluídos usuários e profissionais. Desse modo,

[...] responsabilizar-se, de uma perspectiva psicanalítica, seria, aqui, retomar a marca do desejo nas impossibilidades ou repetições das que de tanto em tanto nos queixamos equipes e pacientes. Assim, certa direção até a autonomia do sujeito se realiza mediante a responsabilização: busca de saída da alienação, do gozo no sintoma, na construção de compromisso (ONOCKO, 2014, p. 36).

É necessária a posição em que gestão e trabalhadores reconhecem sua cota de responsabilidade na produção do cuidado, ou seja, uma ação mais transdisciplinar, mais horizontal, na busca por um trabalho que reconheça o usuário como protagonista, em uma clínica ampliada que valorize a autonomia, oferecendo e aplicando as políticas públicas sem colocar os sujeitos atendidos apenas como espectadores/receptores, mas sim apostando no refazer de seu desejo, escutá-lo, dar-lhe lugar ativo (ONOCKO, 2014).

Seria isso uma aposta no que Figueiredo (2007) chama de responsabilidade subjetiva, que é diferente das demais responsabilidades (social, jurídica, civil etc.), quando se entra no paradoxo responsabilidade x tutela, a proposta da psicanálise é exatamente apontar para a primeira. Não é o caso de modelar comportamentos, o campo subjetivo vai para além das técnicas de aprendizagem. Deve ser dirigida ao sujeito esta medida do quanto é possível equilibrar o desejo de autonomia e os limites da própria psicose, “somente o sujeito pode nos dar indicações do passo que ele pode dar” (NICÁCIO, 2013, p. 135), portanto, “o agenciamento de recursos sociais deve estar articulado à escuta da palavra do sujeito” (idem). Segundo o autor, é neste ponto que se estabelece o desafio de articular cuidado-política e cuidado-cidadania.

Pensamos que essa aposta com o outro em sua condição de ser humano, em sua capacidade de fazedor de outra cultura, de reinventar o desejo com o outro, (“o desejo é o desejo do outro” aponta em certo sentido à necessidade de sua construção coletiva), é a oferta que desde uma certa ética e uma escuta respeitosa podemos realizar, como praticantes da psicanálise, sem necessidade de pensar todos os agentes de políticas públicas como psicanalistas, nem todos seus usuários como pacientes (ONOCKO, 2014, p. 33).

Este, a nosso ver, é um ponto muito importante. Não há como se ter a expectativa de que as equipes de SM sejam compostas exclusivamente por aqueles que possuam uma leitura ou uma prática baseada na psicanálise – não se trata de tornar as redes seguidoras desta

abordagem. A abertura ao inconsciente¹ (melhor esclarecendo: ao que nos escapa, ao que não pode ser dito de forma clara) e aos processos de transferência² (ou seja, a ligação entre os sujeitos como algo impossível de ser definido, fechado, apenas atual – como se ele não tivesse uma história que o constituísse) pode e (avaliamos que) deve estar presente em qualquer modelo de produção de cuidado.

O elemento diferencial nessa abordagem vem de uma atitude indicada pela psicanálise que pode ser tomada mesmo por não psicanalistas. Mas uma coisa é certa, é preciso que haja um despertar para a clínica nessa direção. A presença de um psicanalista poderia ajudar bastante, desde que este não se apresente como o portador da “boa nova” e sim como mais um “aprendiz” convocando os demais a fazerem o mesmo. Eis a diferença que importa, a contribuição que podemos dar (FIGUEIREDO, 2004, p. 84).

Essa seria a chave mestra para que estabeleçamos relações mais humanas, respeitadas, em que a troca seja uma constante, assim como haja abertura para falhas, dificuldades e tropeços, sem que isto seja necessariamente endereçado a uma pessoa específica ou mesmo que sentimentos como “culpa” sejam atribuídos aos profissionais ou usuários. São pessoas que arduamente tentam travar nas instituições, e fora delas também, seus percursos, portanto, esse processo não pode prescindir daquilo que a ética da psicanálise nos ensina tão bem, de que não somos senhores de nossas próprias casas (FREUD, 1923); assim, precisaremos colocar isso em jogo e aprender os caminhos possíveis para a convivência, para o trabalho e para o cuidado.

Bezerra e Rinaldi (2009, p.351) corroboram com tal perspectiva ao afirmarem que “acreditamos que uma das contribuições importantes que a psicanálise pode oferecer à discussão da lógica da rede de atenção psicossocial é que se possa dar lugar ao real, à imprevisibilidade do sujeito do inconsciente, à emergência do inesperado e à importância da transferência na condução dos casos”.

¹ “A) O adjetivo inconsciente é por vezes usado para exprimir o conjunto dos conteúdos não presente no campo efetivo da consciência, isto num sentido “descritivo” e não “tópico”, que dizer sem se fazer discriminação entre os conteúdos dos sistemas pré-consciente e inconsciente.

B) No sentido “tópico”, inconsciente designa um dos sistemas definidos por Freud no quadro da sua primeira teoria do aparelho psíquico. É constituído por conteúdos recalçados aos quais foi recusado o acesso ao sistema pré-consciente-consciente pela ação do recalque (recalque originário e recalque a posteriori)” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p.235).

² “Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com sentimento de atualidade acentuada” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001, p.514).

Trazendo este conceito (de transferência) ao cotidiano dos serviços de atenção psicossocial, a relação entre usuário e os técnicos passa a fazer parte dos problemas e soluções encontrados por cada usuário. Contudo, a transferência não se estabelece a partir da mesma lógica instituída pela realidade dos serviços, mas sim como efeito do Inconsciente, que não necessariamente está em conformidade com a realidade delineada pelo cotidiano dos serviços. Este impasse clínico na maioria das vezes não é tratado pela equipe dos serviços e trabalhado em sua importância, fato que traz inúmeros problemas para a realização da clínica na saúde mental pública. Sua importância exigiria que esta clínica estivesse mais voltada à singularidade dos casos e menos ao seguimento generalizante e burocrático de portarias ministeriais (...) levar em conta a singularidade dos casos e não (ficarmos) ensurdecidos pela literalidade legal. A ideia de território, por exemplo, deve ser tomada de modo subjetivado, avaliada a partir de cada caso, pois, ao seguir uma rigidez geográfica ou demográfica, ela somente estará trocando o problema da cronificação dos usuários de lugar: do hospital para um ciclo vicioso dentro da rede (BEZERRA e RINALDI, 2009, p. 349-350).

Figueiredo (2000 *apud* FIGUEIREDO, 2004) aponta que a “transferência de trabalho”, termo utilizado por Lacan, permite que se desfaçam os efeitos narcísicos imaginários que sempre ocorrem nas equipes, tanto através da confusão de papéis – o que ocorre no modelo igualitário – quanto na fixação de papéis – modelo hierárquico.

Destacamos duas lógicas ou modalidades de organização das equipes que podem melhor situar o problema. São elas: a formação *hierárquica* e a formação *igualitária*. Se as equipes são formadas mais na lógica hierárquica de funções e saberes, tendem a burocratizar a clínica, a verticalizar o poder e o saber, e a cristalizar as práticas. Se são mais igualitárias, tendem a horizontalizar o poder, a misturar as funções, escapando das especialidades (isso em si pode ser muito bom), mas caindo na falta de especificidade e confundindo as funções a ponto de perder a referência da clínica e imobilizar o trabalho conjunto (FIGUEIREDO, 1997, p ?).

Neste debate das possíveis contribuições da psicanálise ao campo da SM optamos por selecionar o que de mais importante esta teoria pode trazer a respeito das equipes, seu olhar sobre o funcionamento deste trabalho que é coletivo e sobre as principais questões em jogo nas relações existentes em um serviço. Não aprofundaremos as inúmeras contribuições da psicanálise no trabalho direto com a clínica da psicose, pois não é alvo aqui avaliarmos os casos clínicos pela vertente da relação terapêutica, mas, sim, como já dito antes, avaliarmos aquilo que destes casos nos ajuda a fazermos pontes entre a articulação psicossocial necessária; logo, sobre os encontros e desencontros do singular ao plural, naquilo que estes casos podem nos anunciar do funcionamento mais amplo das práticas de cuidado estabelecidas no serviço em questão. Avaliamos, dessa maneira, que após percorrermos todos os itens anteriores já podemos

passar a forma como abordaremos o objeto desta pesquisa e a partir de quais perspectivas. No item a seguir descreveremos os caminhos que foram trilhados.

3 METODOLOGIA

A caminhada até aqui realizada e toda a energia despendida na formulação e delimitação deste objeto de pesquisa trouxe ainda mais sentido para minha própria formação profissional e pessoal, pois foi a partir das minhas questões, implicações, inquietações e dúvidas que um processo de aprendizagem pode acontecer (antes mesmo de adentrar na pesquisa como tal). Isso certamente ampliou para mim os frutos que um mestrado pode trazer, no sentido de ampliar olhares, transformar respostas prévias em perguntas e me abrir para resultados e conclusões inesperados. É claro que ao longo desta etapa também fui me apropriando dos instrumentos acadêmicos, que certamente enriqueceram a construção da escrita, sem deixar com isso de manter espaço aberto para diálogo, tanto com os autores do campo, quanto com as experiências vividas e descritas aqui em forma de casos clínicos.

Um ponto de partida importante desta pesquisa, é que não estive no campo como pesquisadora à época em que esta experiência aconteceu e nem me ocorria a ideia de fazer o mestrado. Portanto, o material trazido e analisado aqui parte de uma narrativa construída por mim. A delicadeza de estar neste lugar “entre” olhar o objeto e ter feito parte dele é um desafio nesta escrita e nesta produção.

Tendo como objeto as práticas de cuidado e utilizando como cenário um ambulatório de saúde mental, enquanto serviço público de assistência, serão utilizadas como elementos de análise memórias e reflexões minhas, pesquisadora, acerca de três casos por mim atendidos junto à equipe ao longo de 2015, período em que estive como psicóloga no serviço pesquisado.

As memórias selecionadas foram reconstruídas a partir de um movimento atento e sensível de rememoração, agora como quem busca conhecer os caminhos da pesquisa científica e, portanto, com algum distanciamento (sem abandonar minha implicação) da clínica em SM. Elas foram baseadas/orientadas pelas questões de pesquisa e pela orientação acadêmica deste trabalho, que teve papel importante na iluminação de quais fatores selecionar e como abordá-los.

A escolha pelo uso de casos clínicos e pela sua descrição de forma a abranger o cenário macro da rede e micro do ambulatório, bem como as implicações disto no caminhar dos atendimentos, dá-se pela avaliação de que a reconstrução dessas histórias nos auxilia não apenas como base, mas também como pistas e elementos de análise que nos permitem refletir muito além das histórias dos usuários e da relação terapêutica, nos mostrando o serviço e seu funcionamento, o trânsito entre o singular/individual, o coletivo e o institucional, os modos de

cuidado (a questão do vínculo como sustentáculo fundamental de cuidado nesta área), a rede de atenção psicossocial e, por fim, a manutenção de um dispositivo não previsto nas normativas de SM, somado ao cenário de precarização extensiva da rede.

As linhas metodológicas aqui apresentadas são uma aposta nas aproximações e diálogos que estabeleceremos como base na pesquisa, na tentativa de trazer tais contribuições a este campo e objeto de estudo de forma não mecânica. A percepção de que um método único e específico não conseguiria dar conta das indagações e objetivos aqui apresentados direcionou esta caminhada. Sendo assim, apresentamos neste tópico os pontos de apoio que dialogam com o objeto escolhido e que nos ajudarão na construção da análise.

Deslandes (2010) afirma que um projeto é resultado da união da experiência e dos conhecimentos de seu autor com uma sistematização de teorias e métodos que permitam um embasamento para a discussão a ser desenvolvida. Por essa razão, o pesquisador está livre para escolher o método que avalia mais coerente para buscar suas respostas. O ponto central é que, seja ele qualitativo ou quantitativo, esteja adequado à pergunta feita na pesquisa (GÜNTHER, 2006).

Como o objeto de pesquisa, neste caso, está atravessado por um olhar em que as relações transferenciais e as questões inconscientes estão em jogo, escolhemos por método estabelecer um diálogo com a análise clínica qualitativa (TURATO, 2003) como suporte para a seleção dos casos, a forma de condução da análise e a discussão. Por esta pesquisa ter um caráter autobiográfico, a construção do material a ser analisado exigiu ir até a abordagem das Narrativas (RICOEUR, 1997; ONOCKO & FURTADO, 2008; ONOCKO & MIRANDA, 2010) e da Construção de Casos em Psicanálise (FREUD, 1912; 1937; VIGANÒ, 1999, 2010; GONDAR, 2015; LIMA E COSTA, 2014; FIGUEIREDO, 2004) para desenhar como foi formulado o material empírico. A Psicossociologia de base analítica (GIUST-DESPRAIRIE, 2001; KAËS, 1982; SÁ, 2013) auxiliou a iluminar os pontos necessários das questões que surgem relativas à articulação psicossocial no cenário das práticas de cuidado descrito.

Já para a análise do material da pesquisa produzido utilizaremos como principais referenciais teórico-metodológicos: a leitura psicanalítica sobre o cuidado em saúde mental e algumas abordagens do cuidado derivados do campo da saúde coletiva e da reforma psiquiátrica, que já foram trabalhados em capítulo acima, a partir de autores cujas contribuições já foram destacadas nos itens anteriores.

Então, começemos a tessitura de nossa metodologia esclarecendo melhor no que consiste a análise clínica qualitativa e de quais formas ela dialoga com esta pesquisa. O método clínico-

qualitativo é tido como uma “particularização e refinamento do método qualitativo genérico” (TURATO, 2003, p. 246) e nele os sentidos e as significações dos fenômenos são o ponto central para os pesquisadores, que tem a função de capturá-los, através da escuta e da observação dos sujeitos de pesquisa. Esse percurso aponta para a busca por uma compreensão dos fenômenos que não se restringe apenas à quantificação de fatos.

Para fins metodológicos considera que espaços físico-estruturais, cotidianos, onde são oferecidos serviços clínicos configuram o “ambiente natural” (TURATO, 2003, p.250) dos sujeitos que estão ali vivendo seus processos clínicos, preventivos ou terapêuticos. O desenvolvimento de uma pesquisa estar articulado a este ambiente natural, ao *setting* pertinente, já é algo que Freud sustentava em suas pesquisas, pois:

trabalhou diretamente com o paciente, procurando enxergar novas relações de dados de sua fala, de seus sonhos, de seus comportamentos. Embora o conhecimento psicanalítico tivesse sido aplicado posteriormente à compreensão de personagens da história (passada), sua força no rigor da validade (*validity*) esteve e está na coleta dos dados no *setting* clínico” (TURATO, 2003, p. 251).

Esse é um ponto de vista que corrobora com a escolha em trazer casos clínicos para ilustrar as práticas de cuidado ocorridas no serviço selecionado, considerando, portanto, que eles alcançam esse *setting* e podem contar de forma mais completa as práticas/vivências de cuidado ali compartilhadas.

Segundo Turato (2003) há neste método uma valorização das angústias e ansiedades existenciais como fundamentais. Após longa discussão, defende angústia no sentido existencial como “inquietação profunda” e ansiedade como “uma força propulsora inerente ao homem, que o leva a buscar soluções para os problemas cotidianos e a querer desvendar as ordens que não são visíveis aos olhos comuns” (TURATO, 2003, p.253). O autor afirma que ambas são valorizadas no método em questão por conta de se manifestarem de forma significativa e influente no pesquisador nos seguintes momentos principais do processo de pesquisa:

- 1) Na percepção em si do *desejo de conhecer* melhor os fenômenos humanos e na conseqüente tomada de decisão pessoal de desenvolver institucionalmente um projeto de investigação científica;
- 2) Na concepção de *pressupostos* em relação a assuntos da vida (fenômenos) que mexem com os seres humanos e provocam nestes algum sofrimento, bem como no estabelecimento de objetivos de conhecer os sentidos e significações que são dados aos fenômenos;

- 3) Na elaboração dos *instrumentos auxiliares* para pesquisa de campo, no tocante às questões a serem tratadas na entrevista e na construção propriamente dita das perguntas a serem feitas ao sujeito alvo do estudo;
- 4) No modo de *conduzir-se no setting* da entrevista, no modo de introduzir-se ao entrevistado e de propor as questões, enfim nas mensagens humanas subliminares que são passadas ao seu interlocutor.
- 5) Na escolha para *discussão dos tópicos* tratados dentro do discurso do informante, levando-o a dar respostas suas (interpretações dos resultados) enquanto pesquisador;
- 6) Nas preocupações de *natureza ideológica* sobre como apresentar as conclusões de seu trabalho ao meio científico e à sociedade, à medida que é a principal força motora para o trabalho universitário – investigações em geral e teses – seja o querer ajudar as pessoas (entendendo que a ascensão na carreira é uma consequência e não causa de se buscar realizações de projetos de pesquisa que obtenham o auxílio de agências financiadoras ou encaixem seu trabalhos/nomes em publicações em revistas nominadas pelos *establishments* acadêmicos) (TURATO, 2003, p.255).

Apesar dos pontos acima, em especial os de no. 3, 4 e 5, darem ênfase a questões relativas a uma pesquisa de campo, avaliamos que as indicações do autor (arriscaria até mesmo dizer que a ética das conduções por ele iluminadas) podem ser lidas/utilizadas/traduzidas em uma pesquisa de caráter autobiográfico que realiza parte de seu diálogo através de casos clínicos, pois aqui também realizaremos a elaboração dos *instrumentos auxiliares* – será necessário encontrar um modo de *conduzir-se no setting* (se não mais no espaço físico em que as práticas ocorreram, mas na reconstrução destas, principalmente no sentido de rememoração e escolha dos pontos a serem apresentados), assim como na escolha para *discussão dos tópicos*. A diferença pontual está no fato de que esses pontos estarão voltados à própria pesquisadora e suas memórias e não a uma fala colhida em entrevistas ou observação participante.

A pesquisa clínico-qualitativa recebe muitas influências da teoria e da prática psicanalítica freudiana e, mesmo não constituindo uma investigação psicanalítica no sentido estrito desta concepção, empresta e se apropria de conceitos da psicanálise como ferramenta para as pesquisas. Turato (2003) nos dá algumas indicações da importância da psicanálise na pesquisa, referindo-se: à escolha do tema, pois afirma que estudar/pesquisar tal objeto não deixa de ser uma forma de tentar elaborar afetivamente “angústias remanescentes de experiência psicanaliticamente marcantes” (p. 257); à consideração da existência e ação do inconsciente, assim como dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais na coleta de dados; e ainda à atenção também aos não ditos durante a pesquisa e à postura que todos esses referenciais constroem no pesquisador e que serão sua base ao longo de todo o processo.

No sentido acima referido, há concordância também com o:

reconhecimento da importância da participação do inconsciente [...] destacando-se a importância não apenas da intersubjetividade na produção do conhecimento – o que é reconhecido por muitas disciplinas –, mas sobretudo dos processos e dos fenômenos que são inerentes ou correlatos, como a analogia, as fantasias, o imaginário e a afetividade” (SÁ, 2013, p. 166).

Sá (2013) faz uma profunda e importante discussão a respeito das repercussões que a lógica produtivista, instrumentalista e pragmática tem causado à produção de conhecimento no campo das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva. A lógica massiva de desempenho das organizações, baseada em abordagens instrumentais e em teorias comportamentais na organização dos processos, dificulta bastante a utilização de métodos que “integrem diversas metáforas e proponham variadas hermenêuticas” (2013, p. 154). Isso valeria, a nosso ver, tanto às organizações e seus processos de cuidado, quanto à produção de pesquisa, que cada vez mais exige, no âmbito da SC, uma sustentação metodológica por vezes rígida ou padronizada demais.

A autora afirma que esta não é uma discussão cujo objetivo é o de negar o valor dos instrumentos teórico-metodológicos disponíveis no campo da SC, mas apenas reconhecer os limites das abordagens que tomam como base apenas a vida da consciência como caminho de análise:

Desse modo, faz-se necessário não só um olhar interdisciplinar ou transdisciplinar sobre a dinâmica social contemporânea e sobre a especificidade das organizações de saúde, mas um olhar que focalize, fundamentalmente, a ambiguidade, a ambivalência, a contradição [...] destacando-se o papel dos processos intersubjetivos e inconscientes nessa dinâmica. Tais processos – que não fazem parte do conjunto de preocupações ou objetos tradicionais da saúde coletiva – dizem respeito ao desejo, à pulsão, ao afeto, ao imaginário, às fantasias, às idealizações, ao sofrimento psíquico no trabalho e às defesas contra o mesmo, entre outros processos inconscientes que atravessam a cena organizacional e nela produzem efeitos (para o bem e para o mal), interferindo no vínculo que liga os trabalhadores da saúde ao seu trabalho e aos serviços de saúde e usuários dos serviços e, conseqüentemente, na qualidade da assistência (SÁ, 2013, p. 155).

É fundamental que possamos reconhecer e tentar acessar o que há de obscuro, paradoxal e ingovernável nesses processos inconscientes que atravessam a dinâmica das organizações, incluindo aqui as de saúde, e alertar que os mecanismos que utilizam apenas a racionalidade e a consciência de enfrentamento dos problemas não dão conta, pois eles não se solucionarão apenas com capacitações das equipes, técnicas de sensibilização etc. Ainda é um desafio conseguirmos integrar a categoria ‘sujeitos de desejo’ às discussões e métodos de pesquisa que se proponham não hegemônicos e não dicotômicos (SÁ, 2013).

Em sua argumentação, Sá (2013) apoia-se em Gaulejac (2001, p. 41) que é categórico ao afirmar que “não se pode responder a essas questões sem se integrar na análise a dimensão inconsciente. Não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação: social e psíquica”.

Para Guist-Desprairies (2001) a consideração do outro como sujeito permite a interlocução com os indivíduos ou grupos, bem como permite que reconheçamos suas capacidades de compreensão das próprias dificuldades e, com isto, uma possível elaboração dos significados que elas possuem. Isso permite um importante distanciamento, de forma que novas maneiras de mobilização tenham efeitos sobre si mesmo e sobre o cenário que o cerca.

“Trabalhar na compreensão das lógicas internas das pessoas e dos grupos, em suas ligações com as lógicas internas das organizações, implica necessariamente levar em conta os componentes subjetivos. Portanto, a questão do sentido não diz respeito somente ao individual, ela também se refere ao social” (Guist-Desprairies, 2001, p. 231).

Este é um dos pontos que sustenta esta pesquisa: pensar no singular/individual não implica a exclusão do social, logo, podemos, através dos casos, pensar na articulação psicossocial existente naquelas práticas de cuidado e que são tão caras à clínica da SM. A busca em descrever o cenário e os outros atores envolvidos nas práticas de cuidado do serviço selecionado é fundamental para ampliarmos o olhar sobre o que ali se passou de forma a incluir na análise todos os fatores possíveis de serem identificados e que atravessam todo o percurso dos sujeitos atendidos, anunciando algo muito maior que apenas a relação profissional-usuário.

Turato (2003) reafirma a necessidade de mudança do que chama de cosmovisão do pesquisador, ao apontar que ele deve passar a se compreender também como parte do instrumento da coleta e do registro em campo, pois os fenômenos percebidos e registrados estão atravessados diretamente pelos conhecimentos e experiências pessoais que os auxiliará na compreensão e interpretação dos dados estudados. Isso faz com que o pesquisador clínico qualitativo sempre utilize a introspecção e a reflexão pessoal ao longo de seu estudo. No caso desta pesquisa, esse ponto ganha ainda maior dimensão e atenção, alcançando o que Turato (2003) denomina “pesquisador-como-*bricoleur*”, aquele que consegue, não de forma rígida, ir construindo um objeto novo a partir de pedaços e fragmentos de outros.

Denzin e Lincoln lembram que o *bricoleur* é o pesquisador versado em muitos paradigmas interpretativos que são trazidos para um problema particular; lembram também que este investigador compreende ser a pesquisa um processo interativo moldado por sua história pessoal, sua biografia, por um

gênero antropológicamente determinado, sua classe social, raça e etnicidade; e lembram, indo mais além, que tal pesquisador também sabe que ciência é poder e que para todos os achados há uma implicação política (1994, p. 2-3) (TURATO, 2003, p.259).

As naturezas teóricas e práticas são pontos simultâneos na partida de uma pesquisa, havendo uma junção entre o saber acumulado e sistematizado que o pesquisador aglomerou ao longo de sua vida profissional e aquilo que é parte das experiências por ele vividas e adquiridas no cotidiano, de forma livre. É um método que parte do particular para o geral, com a preocupação da precisão e compreensão de seus dados, sem perder de vista, porém, a dimensão de que no estudo qualitativo o que se pode esperar é que dois pesquisadores, debruçados sobre o mesmo objeto, tenham descrições compatíveis, mas nunca absolutamente iguais ou que se contradigam. A isso, Turato (2003) denominará como validade, um atributo forte neste método que o coloca em muita respeitabilidade. Difere do conceito de confiabilidade, que está associado a valores como fidedignidade, reprodutibilidade etc, e estaria mais ligado aos métodos quantitativos que alcançam a produção de mesmas respostas caso um objeto seja alvo de uma mesma medição, independentemente do pesquisador.

Na pesquisa clínico-qualitativa o que importa é o processo e não apenas os resultados, afirmando o autor que os pesquisadores que se utilizam desse método, em caso de dúvida em uma entrevista, costumam usar muito mais o pronome “como” do que o “porque”, já que o primeiro proporciona uma maior abertura às relações internas e ao raciocínio sobre múltiplas e recíprocas redes de causalidade.

Como penúltima característica, Turato afirma que

a pesquisa qualitativa apresenta dados descritivos e as *descrições são tratadas interpretativamente*, os dados estarão descritos e os resultados e as análises devem conter citações ilustrativas e literais do que foi gravado, além de conter as observações do *setting* da entrevista, onde o pesquisador está sempre se perguntando e atento aos detalhes de linguagem verbal e não verbal dos entrevistados (TURATO, 2003, p. 265).

Esse é, particularmente, um ponto sobre o qual nos debruçaremos atentamente nos itens a seguir ao considerar os casos clínicos e todo o cenário como uma narrativa que se aproxime de uma *construção*, tal como é proposta pela psicanálise (FIGUEIREDO, 2004; ONOCKO & MIRANDA, 2010; VAL & LIMA, 2014).

O método de pesquisa clínico-qualitativo consiste, por fim, na busca de conhecer cientificamente o particular que, como já dito, mesmo sem pretender buscar dados que sejam

passíveis de reprodução literal, podem ter seus pressupostos finais generalizados com vistas a outros casos ou *settings*.

A partir das questões e interpretações levantadas acima, que caracterizam a abordagem clínico-qualitativa, entende-se que há perfeita consonância com o olhar das teorias que fundamentam a marcação teórica deste trabalho e isto é suficientemente indicativo de que tal escolha metodológica é adequada para a pesquisa aqui proposta.

Como o material de análise a ser utilizado é composto pelas minhas memórias reconstruídas em formato de casos clínicos contextualizados em um cenário específico, isto pode abrir margem para dúvidas e questionamentos acerca da confiabilidade e validade dos dados gerados e, por conseguinte, das análises construídas. Por esta razão, no item a seguir trato da abordagem das Narrativas e, em seguida, sobre a contribuição da Construção de Caso em Psicanálise, de forma a tentar esclarecer ao leitor os diálogos que estamos tecendo na tentativa de formular um método que abranja o objeto desta pesquisa e sustente que é possível realizar um trabalho acadêmico, de produção de conhecimento científico neste campo, utilizando tal material.

3.1 Sobre Memórias e Narrativas na pesquisa científica

Iniciaremos este tópico trazendo um ponto que costuma aparecer quando falamos em espaços de produção científica sobre o uso de memórias e construção de uma narrativa singular sobre eventos vividos pelo pesquisador na produção de material para pesquisas: a questão do viés.

No método clínico-qualitativo de Turato (2003) o viés é compreendido como um ponto inerente a qualquer pesquisa e que deve ser, antes de mais nada, exposto claramente pelo pesquisador, sendo seu papel assumir as implicações que atravessam sua pesquisa, de forma que tanto o leitor quanto ele mesmo estejam avisados disso desde o primeiro momento. Para Turato (2003), não se deve gastar tempo pensando em como driblar esses fatores, mas sim em como que, metodologicamente, tais fatores serão trabalhados para que possibilitem o prosseguimento da pesquisa que, embora não esteja isenta deles, tornarão possíveis caminhos para identificá-los, tratá-los, na medida do possível, bem como para lidar com os dados e análises a partir dos limites que se colocam para cada pesquisador e objeto. Aqui voltamos a reafirmar que a orientação, a qualificação e a disciplina obrigatória que realizamos ao longo de todo o mestrado, foram fundamentais no delineamento dos vieses aqui presentes e identificados.

Adentrando na questão do uso de memórias como metodologia para a produção de dados a serem analisados numa pesquisa, estamos avisados de que este método implica um recorte temporal de uma história, atravessada diretamente pelo olhar/experiência de quem a conta e, portanto, não pode ter a pretensão de representar “a” verdade dos fatos e fenômenos vividos. O uso de memórias é o registro da recuperação de um produto de trabalho psíquico que, por isso, não tem o rigor de corresponder exatamente a esses fatos e experiências.

Ferrani e Magalhães (2014, p.114), em seu estudo sobre o conceito de memória na obra freudiana, citam Romão (2010) afirmando que “as lembranças evidenciam o aspecto lacunar da memória, em que as rememorações são da ordem da ficção, não sendo de fato passíveis de serem comprovadas enquanto verdadeiras”. Isto, no entanto, não impossibilita, como veremos, que a qualidade deste material construído não tenha validade científica.

A memória tem uma dimensão fundamental na teoria freudiana, visto que os modelos de aparelho psíquico desenvolvidos em sua obra são, por definição, aparelhos de memória e nestes o foco está em definir como os traços mnêmicos (que são, por definição, os registros de signos) podem se constituir e se distribuir em registros nas instâncias pré-consciente e inconsciente – registros estes que sempre se reorganizam a partir de cada nova vivência dos sujeitos. Para Freud (1896, p. 317 *apud* GONDAR, 2015), “a memória não preexiste de maneira simples, mas múltipla, estando registrada em diversas variedades de signos”. Se é pela via das vivências e experiências que esses registros se reorganizam, isso implica dizer que os traços mnemônicos se constituem e se rearranjam na relação com o outro.

Mas, por que estamos frisando este ponto? Para delimitar que um trabalho realizado pela via das memórias não quer dizer automaticamente que é um trabalho sobre a pessoa do pesquisador, mas sim um trabalho que aborda a sua construção, em vivência com um cenário e com outros atores, sobre determinados aspectos. Gondar (2015) nos instiga a pensar na memória “como relação para além de qualquer oposição entre individual e coletivo” (GONDAR, 2015, p.04).

Pensar a memória como relação abre a possibilidade de que a partir de uma nova situação ou um novo encontro – como pretende ser a situação analítica, por exemplo – o passado possa ser tanto recordado quanto reinventado. Desse modo, a história de um sujeito, individual ou coletiva, pode ser a história dos diferentes sentidos que emergem em suas relações. Ou, de outro modo: abre-se a possibilidade de que a memória, ao invés de ser recuperada ou resgatada, possa ser criada e recriada, a partir dos novos sentidos que a todo tempo se produzem tanto para os sujeitos individuais quanto para os coletivos – já que todos eles são sujeitos sociais. A polissemia da memória, que poderia ser seu ponto falho, é justamente a sua riqueza (GONDAR, 2015, p. 05).

Sobre estes fatores – tempo da vivência e tempo da escrita, bem como sobre a ausência de notas em cadernos de campo, prontuários etc, na pesquisa, retomamos duas das considerações feitas por Freud (1912) aos que exercem a psicanálise: em relação à primeira questão, a do tempo, Freud adverte que não se deve trabalhar cientificamente sobre um caso clínico enquanto este estiver em andamento – mas, sim, quando houver a conclusão do mesmo – haja vista que os casos assim tratados sofrem em seu resultado. Ao analista que deseja publicar algum estudo com base em um caso clínico, a indicação é que se busque realizar isso após o encerramento do tratamento do paciente. Do contrário, a escuta do inconsciente torna-se sugestionável pela ambição do médico de publicar um estudo científico. Comumente o que ocorre é o analista passar a dirigir sua atenção ao paciente com vistas a enriquecer o estudo, o que faz cair a atenção uniformemente suspensa – a regra da escuta em psicanálise. Tal reflexão valeria para esta pesquisa no sentido da experiência das práticas de cuidado no serviço, por ser o objeto alvo de estudo.

Já sobre o segundo ponto, o da ausência de notas escritas, Freud afirma que “deve-se ter em mente que relatórios exatos de histórias clínicas analíticas são de menor valor do que se poderia esperar” (1912, p. 127). Esse ponto se coloca como uma contraposição à pretensão objetiva do real, costumeiramente presente na perspectiva científica tradicional, como já citamos acima. Um estudo científico com base em um caso clínico deve ter uma boa medida, ou seja, não se deve expor detalhadamente a história clínica do paciente, pois, além de ser algo exaustivo ao leitor, tal atitude resulta em um empobrecimento da experiência clínica, que, segundo o autor nos ensina, é deveras mais rica que qualquer tentativa de reprodução da mesma. Como já dito, o alvo aqui não é o caminhar clínico ou a relação terapêutica, mas sim as práticas de cuidado do serviço que passaram a ser focalizadas através dos casos clínicos.

Turato (2003), autor que traz grandes contribuições a este trabalho, não identifica em seu Tratado o uso da memória, o que nos levou a ir em busca da abordagem de Narrativas, método que vem sendo utilizado em pesquisas qualitativas da área da saúde. Onocko e Furtado (2008) registram em palavras aquilo que percebemos facilmente nas pesquisas teóricas sobre a narrativa: existem poucos estudos na SC que aproximam a narrativa em seus aspectos de estrutura narrativa e de comunicação. No entanto, os autores afirmam que no SUS e nos novos serviços de saúde, que possuem novas práticas que precisam ser avaliadas e estudadas, este método tem sido produtivo, já que as metodologias tradicionais não têm sido suficientes para a compreensão dos dilemas e impasses destas novas apostas.

No estudo das narrativas, Onocko e Furtado (2008), em busca de explorar se as categorias e os conceitos seriam metodologicamente aplicáveis na pesquisa qualitativa em saúde, destacam que seu potencial está naqueles estudos em que as situações exijam mediações entre a “experiência e linguagem, estrutura e eventos, sujeitos e coletivos, memória e ação política – questões que tradicionalmente interessam à área de “Políticas, Planejamento e Gestão” da SC brasileira.” (p.1090). Essa é, inclusive, a área de concentração em que curso este mestrado e que oferece algumas disciplinas que discutem as práticas de cuidado.

Os pontos que virão tratam da Narrativa na perspectiva de um material que é acessado pelo pesquisador, seja em entrevistas em profundidade, em relatos autobiográficos, etc. A perspectiva que aqui sustentamos é de que a produção de uma narrativa própria, uma vez acompanhada do processo de interlocução da orientação acadêmica, pode ser tomada como uma produção passível de ser analisada e discutida teoricamente, tendo o mesmo valor amparado pelos autores que defendem tal abordagem.

Para Onocko e Miranda (2010, p. 441) entende-se o trabalho narrativo “como uma possibilidade de mediação entre o vivido e a linguagem socialmente estabelecida, destacando sua potencialidade em restituir aos sujeitos a autoria de discursos que os envolvem”. A experiência subjetiva, assim, só poderia ser inserida em campo político quando há esta mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrição disto no social. Para realizar essa mediação entre o que foi vivido e o mundo social, devem ser levadas em conta as plurais vozes envolvidas no que foi narrado: o contexto, os atores envolvidos, as instituições e os modos de pensar predominantes em cada lugar/época.

A Narrativa conta, então, uma experiência humana, preservando sua intensidade, sua marca de vivência peculiar ao tempo e suas marcas identitárias. Ricoeur (1997) é o autor sempre citado quando se trata deste assunto. Para ele há uma função de mediação entre ação e linguagem na construção da narrativa. Por ser impossível trazer todas as partes de uma experiência, até pelo fato de que depois de vividas elas parecem se perder no tempo, o autor explica que as Narrativas apreendem a intensidade da experiência humana, de forma que a inscreve numa temporalidade aprofundada. Essa potencialidade do recurso metodológico ainda se amplia quando consideramos que isto ocorre sem que se perca as contradições e hesitações que fazem parte do que foi vivido (ONOCKO & MIRANDA, 2010).

Assim, é a atividade narrativa que permite ao homem apreender o caráter de passagem do tempo (no sentido de algo que cessa e transita), relacionando passado, presente e futuro e localizando-se nessa relação que permanece em contínuo trânsito. Portanto, a narrativa se coloca como um recurso através do

qual instituímos nossa vida na temporalidade humana, podendo anunciá-la e compartilhá-la. Ela atinge seu sentido pleno quando se encontra com o mundo do leitor, compartilhando a ação com o público: uma inter-ação (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008 IN ONOCKO & MIRANDA, 2010, P. 444).

Não há uma exigência de que a narrativa acompanhe uma correspondência objetiva ao que foi vivido, o que é imprescindível é a busca por uma coerência fiel à verdade do sujeito, mesmo que esta se coloque de modo paradoxal ou aparentemente incoerente com relação às exigências de objetividade ou identidade ou ainda não contradição com o mundo exterior. O que de fato importa, portanto, é que se possa identificar a ação em meio ao que está em um contínuo, de forma que o sujeito possa se defrontar com isto e, daí em diante, abra-se a possibilidade de ressignificações de autoria sobre a sua história. Esta foi a aposta nesta abordagem: que ao narrar as práticas de cuidado das quais fui, eu pesquisadora, parte integrante, já em um tempo passado e encerrado, que novos olhares e entendimentos surjam das experiências vividas, trazendo outras compreensões e discussões acerca do tema.

Apoiando-se em Ricoeur (1997), Carvalho (2003) faz apontamentos nessa mesma direção defendendo que, quando os relatos biográficos são tratados como modalidades narrativas, “deixam de ser produções individuais e factuais e evidenciam a interpenetração entre sujeito e história, bem como entre os acontecimentos e sua reconfiguração na tessitura de vidas narradas” (p. 293). Ao transpor essas reflexões acerca da concepção de narrativa para a atividade de pesquisa, a autora defende que o pesquisador também se torna mais um interlocutor, “integrando o circuito dialógico da produção de conhecimento” (p. 295), o que atribui à narrativa um caráter de construção compartilhada entre os diversos atores envolvidos na pesquisa (ONOCKO & MIRANDA, 2010, p.445).

Ainda sobre o tema, os autores citam Ricoeur, que esclarece:

As narrativas nada mais seriam do que “*histórias não (ainda) narradas*” (p. 115). Se uma ação pode ser narrada, ela está simbolicamente mediada. Se a ação é simbólica, está na cultura e, portanto, compartilha de uma articulação com o público: uma inter-ação (ONOCKO & FURTADO, 2008, p.1092)

Pela via da psicanálise, Kristeva (2002 in Onocko & Furtado, 2008) defende que a vida é uma narrativa e que a humanidade da vida viria dessa condição de ser representada por uma narrativa que acontece em um “entre dois”, logo é partilhada com outros homens “e, nesse sentido, a mais inicialmente política” (p. 87-88).

A narrativa seria, assim, um padrão político que tem como base a ação e a palavra, nunca uma sem a outra. Onocko e Furtado (2008) referem que nas pesquisas sobre o SUS e políticas públicas e/ou serviços de saúde, a não dissociação do discurso da ação torna-se fundamental, o que seria uma contribuição importante para fugir da dicotomia discurso-práticas.

A narrativa construída para esta pesquisa se aproximou bastante da construção de caso defendida pela psicanálise ao traçar um panorama clínico, não apenas dos sujeitos atendidos, mas das práticas de cuidado que sustentaram tal trabalho. Por essa razão, no item a seguir, abordo este tema, anunciando ao final a aproximação que fizemos com o material produzido para análise.

3.2 Considerações acerca da construção de um caso.

Nesta pesquisa, a construção e o uso de casos tomam uma proporção mais extensa e que aponta outras dimensões das desenhadas pelos principais autores pesquisados (FIGUEIREDO, 2004; VAL & LIMA 2014; VIGANÒ, 1999). Como já dito anteriormente, aqui tentaremos discutir através destes casos não apenas a relação terapêutica em si, mas sim a forma como estes foram abordados e tratados em equipe, anunciando uma forma de compreensão e de manejo de cuidado de uma equipe e de um serviço em particular, em uma dada rede.

Todos esses pontos corroboram com a análise da condução e do entendimento dessas histórias e das práticas de cuidado ali praticadas. A aposta desta pesquisa está em trazer as reflexões sobre a construção do caso para o diálogo com essa forma de análise que propomos. Sustentamos, de partida, que o uso de casos aqui não se confunde com o caso social de Viganò (1999 e 2010) e nem do relato clínico pontuado por Figueiredo (2004).

Começamos, então, por uma breve passagem sobre as principais características desse método, para ao final delimitar quais pontos conseguem dialogar com esta pesquisa e de que forma estamos procurando adaptá-los, não mecanicamente, ao objeto. Uma primeira observação é a de que os autores não se referem à expressão ‘caso clínico’ e por essa razão não a utilizaremos aqui, no entanto, dadas as semelhanças fundamentais entre esta expressão e a compreensão trazida por eles a respeito da construção do caso avaliamos que podemos fazer uma leitura que as aproxime.

A construção do caso é uma proposta realizada por Viganò (1999, 2010) que consiste na elaboração dinâmica (não no sentido de ‘rápida’, mas sim ‘viva’) de um saber que tem como centro o sujeito que sofre de seu sintoma. Dentro de uma equipe ou para um profissional que atende sozinho, este método tem como objetivo introduzir uma perspectiva que inclua este

sujeito em sua história, fugindo dos padrões de objetividade e universalidade impostos pela ciência positivista. Segundo Val e Lima (2014) não há uma metodologia já estabelecida de construção do caso em psicanálise, nem mesmo em Viganò, mas balizas que apontam para uma forma de trabalho que pode variar entre serviços e equipes, porém seguem alguns princípios comuns.

Viganò convida a pensar a construção do caso como uma orientação da experiência em direção ao Real. O autor retoma a etimologia da palavra “caso” para reforçar essa ideia. Mostra que caso vem do termo latino, *cadere*, que significa cair ou ir para fora de uma regulação simbólica. Propõe que construir um caso é ir ao encontro do Real, com aquilo que não se pode dizer, e que pode ser circunscrito por um saber a partir de uma operação metafórica (VIGANÒ, 1999).

Em outras palavras, a construção de um caso não está circunscrita a uma interpretação ou decifração do sintoma, mas também exige a invenção de um saber de algo que está no registro das representações. A construção seria, então, uma forma pela qual se inventa uma coerência para os fragmentos do inconsciente que surgem isoladamente e em pedaços, assim é função do analista articulá-los e compor um conjunto com a construção (MILLER, 1996 *apud* VAL & LIMA 2014). Esse seria um dos pontos importantes de aproximação entre a Narrativa (sua função e modo de funcionamento) e a construção de um caso, posto que ambas possibilitam uma visão geral do tratamento, assim como a possibilidade de intervenção clínica, permitindo que o analista localize seu lugar na transferência e suas possíveis interpretações.

Em Freud a construção do caso era também a construção da teoria, ou seja, o discurso mesmo do psicanalista, que parte sempre do particular, é a construção do caso. As principais referências pesquisadas (VIGANÒ 1999, 2010; FIGUEIREDO 2004; VAL & LIMA 2014) apresentam a construção do caso como um método que: valoriza a transferência como eixo da clínica e as singularidades de cada sujeito; é constituído a partir da perspectiva de uma construção coletiva da equipe a respeito da escuta e acompanhamento de um sujeito específico, colocado em lugar de protagonista de sua história e tratamento; este último ponto traz a questão da valorização e sustentação de um não saber sobre o sujeito como parte fundamental do posicionamento dos que constroem um caso.

Quando construímos um saber sobre um caso, preservamos um ponto de vazio que impede que a verdade sobre o paciente seja totalizada. A manutenção deste vazio é o que permite que as construções sobre o caso possam ser sempre reconstruídas, e novas soluções formuladas. Na construção do caso, portanto, o analista também está aberto à surpresa e à invenção (VAL & LIMA, 2014, p. 108).

Esse posicionamento retoma a posição já vista nesta escrita sobre a posição que a equipe deve ocupar de “aprendiz da clínica” (ZENONI, 2000 *apud* FIGUEIREDO, 2004), é uma construção dialética, em que ocorre uma inversão, a rede social ocupa o lugar de discente e o paciente o lugar de docente (VIGANÒ, 2010).

A proposta de Viganò (1999) é de que a construção do caso possa desconstruir a equipe do lugar de Suposto Saber, operando um corte transversal em todas as figuras profissionais ao interrogar o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, ampliando as fronteiras profissionais e produzindo, assim, uma nova autoridade que ele chamou de “autoridade clínica”, aquela que permite a construção de um trabalho possível com aquele sujeito, naquele momento. Desta forma, “a construção do caso, dentro do grupo, é um trabalho que tende a trazer à luz a relação do sujeito com o seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito” (p. 46).

É certo que o paciente dificilmente dirá em palavras e de forma correta o que necessita, para isto o analista/equipe deve estar atento aos seus movimentos e aos conteúdos trazidos, de forma a construir este caminho.

Viganò (2010, p.1) considera a construção do caso clínico “além de um potente instrumento de formação, também um modo de avaliar e, portanto, de melhorar a qualidade clínica do trabalho”.

Trata-se de um novo percurso profissional que, a partir do coletivo, tem a função de motor, para lançar novamente o desejo de cada membro da equipe, evitando, inclusive, a segregação – que, desta vez, é das profissões – em relação àquilo que, juridicamente, estamos autorizados a fazer. Não gostaria, com isso, de lhes trazer uma visão idílica da equipe, mas somente de sublinhar possibilidades que, certamente, no momento, ainda detêm muitos problemas, tais como as diferenças hierárquicas ou as diferenças de remuneração. Não se trata de subestimar esses últimos aspectos, mas evitar que se tornem álibis paralisantes, em vez de problemas a serem enfrentados (VIGANÒ, 1999, p.47).

Figueiredo (2004, p. 79) trabalha a construção do caso na perspectiva do trabalho em equipe em SM, afirmando que ele é um método que pode ser aplicado em diferentes contextos clínicos. Reafirma a necessidade de compreendermos que o caso não é o sujeito, mas sim “uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, que também nos permitem inferir sua posição subjetiva, isto é, se fazemos uma torção do sujeito ao discurso, podemos retomar sua localização baseando-nos nesses indicadores colhidos, do dito ao dizer”. Esse

método permitiria recolher da experiência clínica os elementos de base para que se possa apreender o que há de transmissível e avaliável de cada um deles (FIGUEIREDO et al., 2001 *apud* FIGUEIREDO, 2004, p. 79), para isso apresenta dois balizadores para a construção do caso, “História ↔ Caso” e “Supervisão ↔ Construção”.

Sobre a História ↔ Caso, podemos afirmar que a história seria o relato clínico, apresentando riqueza de detalhes, cenas e conteúdos, já o caso é “produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato” (FIGUEIREDO, 2004, p. 79). Nem a história pode conter tantas informações que fique cansativa, nem o caso pode ser escrito de forma superficial e rasteira. Há que se encontrar uma forma de elaborar este relato que fuja da teorização formal, mas também não seja apenas a descrição de fatos corriqueiros. A autora nos ensina que o caso é a descrição das “produções dos sujeitos com base na elaboração em análise e a resposta do analista em seu ato com os efeitos que daí advenha” (FIGUEIREDO, 2004, p.80) para esquematizar as formas que estes sujeitos se apresentam e vivem seus sintomas, decantando a história e traçando o caso a partir do discurso. “Só assim será possível recolher dos infindáveis detalhes de uma história a direção de um caso. Enfim, uma história deve se fazer caso para que se possa trabalhar em psicanálise” (FIGUEIREDO, 2004, p.80).

Sobre o ponto de discussão entre Supervisão ↔ Construção:

As discussões realizadas em equipe sustentam o funcionamento de nosso método e remetem mais a um trabalho de construção do que de supervisão, ainda que no seu desenrolar tangenciem a experiência de supervisão. No entanto, diferem tanto do modelo do aprendiz/aluno quanto do praticante e, mesmo, de uma supervisão em grupo (intercontrole), já que não se trata de chegarmos à última palavra sobre qualquer conceito ou fenômeno. [...] ao contrário da supervisão, a discussão não se encerra ao término da sessão, ela continua e remete-se ao pesquisador/analista que apresentou o caso. Num primeiro tempo, ocorre um retorno sobre ele em sua condição de sujeito (até aí não difere exatamente da supervisão). Num segundo tempo, trata-se da reapropriação do saber pelo analista na condição de pesquisador. Finalmente, este saber que é depositado é um produto. Este produto é o ponto de basta feito pelo pesquisador na condição de analista/praticante. O entrelaçamento das funções de sujeito, pesquisador, analista rompe qualquer fixidez de posição diante do saber. Portanto, sustentamos a construção – e não a super-visão – manejando os impasses que atravessam o cotidiano de nossa prática, apostando na formalização possível de seus princípios (FIGUEIREDO, 2004, p.80).

Ao recolher do discurso e da experiência do sujeito os elementos necessários à construção do caso, pode-se construir indicadores às intervenções ou ações da equipe, sem

perdermos de vista a visão de que isto é sempre parcial e precisa ser revisto na medida dos acontecimentos de suas vidas. O ponto de referência é sempre o sujeito, mesmo que entre na construção do caso informações de familiares ou de outras pessoas envolvidas, como no caso das equipes (FIGUEIREDO, 2004).

Como se pode perceber, toda a construção do caso apresentada pelos autores se dá a partir dos pontos do inconsciente que surgem num processo analítico, ou seja, estão circunscritos a uma relação analítica. Mesmo quando fazem esta discussão nas instituições e/ou serviços de saúde mental se mantém o fato de que a construção é de um caso, sobre um sujeito em particular e que aponta para questões relativas ao seu quadro clínico e as possíveis formas de intervenção da equipe/do profissional que o acompanha, não para curá-lo, mas sim para auxiliá-lo na diminuição de seu sofrimento e/ou na sua forma de estar no laço social.

Avaliamos que os principais pontos de balizamento a respeito da construção do caso podem ser trazidos para o campo de análise que propomos à medida em tomamos estes casos e o cenário aqui descritos como efeitos, não do inconsciente de um sujeito que traduza seu sintoma e seu modo de funcionamento, mas como produto de um modo de funcionamento de uma equipe e de um serviço, que traduzem muito mais do que apenas o modo de operar do ponto de vista organizacional ou de processos de trabalho concretos, mas anunciam também o funcionamento psíquico do conjunto intersubjetivo representado pela equipe em questão.

Tal ponto é abordado por Kaës (1991), não se referindo à construção do caso em si, mas quando trata dos organizadores grupais existentes em um coletivo e que são representados pelos pactos e pelas alianças inconscientes que surgem nessa relação – para o autor existem processos psíquicos próprios ao coletivo, tanto no que se refere a seus processos (negação, identificação, idealização etc) quanto a seus produtos (fantasias, alianças, pactos, etc). Tal modo de funcionamento e trabalho psíquico estão diretamente relacionados à noção de articulação psicossocial trazida pela psicossociologia (MIRANDA, 2013). Abordaremos com mais ênfase estas questões a seguir, nos pontos emergentes de análise.

Todos os demais pontos já tratados aqui sobre a construção do caso serão abordados tal qual os autores nos apontam: a elaboração dinâmica que foge aos padrões de objetividade e universalidade (dado que estamos abordando a realidade um serviço singular); a experiência em direção ao real, ao novo, ao que não está estabelecido e que não pretende ser explicado/compreendido em sua completude – ponto já abordado em diversos momentos ao longo desta escrita; a invenção de um saber que tenha abertura à surpresa; a localização (não só da transferência, mas dela também) que se permita identificar o lugar deste trabalho e os

possíveis caminhos a seguir enquanto serviço em uma rede; a presença de um coletivo nesta construção, ocupado aqui pela orientação, pela qualificação e pelas discussões em disciplina a respeito do projeto; bem como a posição de discente que já exerço enquanto aluna de mestrado e agora passo a ocupar enquanto pesquisadora, deixando que os casos e o cenário me ensinem sobre eles mesmos e haja a torção (não do sujeito, mas das práticas de cuidado) ao discurso, através da narrativa.

No item a seguir daremos início à narrativa que simultaneamente desenha o objeto desta pesquisa.

4 AS PRÁTICAS EM CONTEXTO

4.1 Sobre a Rede em questão

Mesmo considerando a impossibilidade radical de os leitores experienciarem aquilo que foi uma vivência particular e singular, farei neste tópico o esforço de descrever o cenário político e estrutural da rede em questão à época em que atuei como psicóloga no ambulatório e estive bem próxima ao movimento dos trabalhadores de saúde mental, via Fórum de Trabalhadores da Saúde Mental (FTSM). Avalio que essa localização no tempo/espaço/situação é fundamental para aproximar o leitor e também para auxiliar na realização de um diálogo sobre a(s) possibilidade(s) de um trabalho que atravessou sérias e graves questões políticas que arriscaram comprometer seu funcionamento e existência, inclusive para além da RAPS.

Vamos começar pelos trabalhadores. Em geral, contratados em número insuficiente para a demanda do território e do serviço, tendo como vínculo o RPA, sigla que significa “Recibo de Pagamento Autônomo”, os profissionais não possuíam vínculo empregatício algum com o serviço ou o município e, portanto, nenhum direito trabalhista assegurado (tais como férias, vale transporte, 13º salário etc.), sendo considerados prestadores de serviço. Após longa avaliação dos serviços de saúde da rede, pude constatar que o quantitativo de trabalhadores contratados por essa via era muito maior que a metade do total deles, embora não tenha os dados numéricos precisos para informar. Apesar dos diversos problemas que esse formato de contrato pode implicar num serviço de saúde, não há ilegalidade alguma em sua execução, não fosse pelo fato de que tal modelo só permite a permanência do mesmo profissional por três meses no serviço. Nesta rede, no entanto, isso não era respeitado – eu mesma fiquei por um ano e conheci diversos profissionais que contabilizavam mais de dez vezes o prazo definido oficialmente (alguns trabalhavam há uma década na rede, sustentados pelo mesmo tipo de vínculo).

Os salários eram muito abaixo do mercado e, para se ter ideia, no município vizinho os profissionais de nível superior costumavam ter como salário-base, em média, o dobro do valor, com o mesmo quantitativo de horas trabalhadas. As estruturas físicas dos serviços de um modo geral estavam bastante degradadas – fruto do parco investimento na rede de saúde mental. O próprio ambulatório, objeto desta pesquisa, tinha inúmeras e graves questões – posso arriscar dizer que ele era uma pequena amostra de problemas que se repetiam em outros serviços: espaços menores que os necessários para a realização de atividades e para o funcionamento de secretaria e arquivo, goteiras e infiltrações (parte do teto de uma das salas chegou desabar pouco tempo depois que saí), iluminação e ventilação precárias, tanto quanto o acesso à internet e ao

telefone, assim como contávamos com poucos recursos e materiais para atividades (muitas vezes os profissionais faziam coleta de doações ou mesmo de dinheiro para a compra de materiais básicos – tanto de higiene quanto para atividades terapêuticas).

Tal realidade gerou uma situação de rotatividade dos profissionais que nunca deixou de ser observada e lamentada por todos os que passaram pela rede, mas que pela própria dinâmica e movimento cotidiano do serviço passou a ser tida como corriqueira. Trata-se de uma rede que ao longo do tempo construiu a imagem de um trabalho eficaz e potente, mas que por conta das condições de contratação e remuneração acabava por ser uma passagem de profissionais em formação até que pudessem conseguir cargos em outros municípios. É claro que essa questão não descreve todas as situações e profissionais, pois aqui extraio um aspecto da realidade que certamente não deve ser compartilhada pelo mesmo prisma por todos, no entanto, a partir da proximidade com as reuniões do Fórum de Trabalhadores da SM constatei que muitos atores concordavam com esta visão, a ponto de ter sido tomada como base nas discussões e exigências do movimento em nossos encontros e nos muitos embates com a gestão.

Ouvi relatos de situação semelhante em períodos anteriores a esse, mas aqui partirei de um dado/uma particularidade que tomarei como sendo própria desse momento da Rede: a ausência de fornecimento de medicamentos fundamentais e básicos para os serviços e pacientes cadastrados, assim como os recorrentes atrasos e por vezes suspensão do pagamento dos profissionais. A média de prazo para recebimento dos salários era de 50 dias. O cartão de transporte dos Acompanhantes Domiciliares, cujo trabalho é fundamentalmente no território, foi suspenso por longo período, impossibilitando a continuidade de trabalhos importantes ou exigindo que eles realizassem longas caminhadas a pé, o que lhes custava além do dobro do tempo, um enorme desgaste físico.

Como dito, esse não era um cenário tão novo, mas por razões que me fogem à possibilidade de nomear, tudo isso foi causando um potente estado de insatisfação nos profissionais, sentimento este inflado pela situação de precariedade absurda a qual os pacientes estavam sendo submetidos, culminando em duas paralisações dos serviços de saúde mental e alguns expressivos movimentos de protestos com passeatas, encontros com os representantes da Coordenação de Saúde Mental e da Prefeitura, além de todo um trabalho realizado diretamente com os pacientes nos serviços, via assembleias. Em minha avaliação, esse processo pode ter sido influenciado por uma certa comoção coletiva dos trabalhadores, um compartilhamento via redes sociais das situações particulares de cada serviço e um reavivamento recente do espaço do Fórum de Trabalhadores, que se unia ao movimento de

Usuários e Familiares – talvez um pouco disso tudo e mais o que me escapou. Fato é que este foi o cenário em que entrei ao ter sido contratada para esta Rede.

A título de possibilitar que na análise e discussão do material construído tenha espaço para uma avaliação, mesmo que breve, do potencial do Fórum como dispositivo e seus possíveis reflexos ou impactos nas práticas de cuidado dos serviços, acredito que caiba aqui uma breve descrição deste movimento tão presente e atuante naquele período.

Os trabalhadores se reuniam quinzenalmente no turno da noite, em sala cedida por uma universidade. À época esses encontros contavam com salas cheias de representantes dos mais diversos serviços, todos ávidos a contar da situação que estavam atravessando. Era recente o quantitativo de trabalhadores presentes, o que manteve enérgico este movimento. Ações na rua e nos serviços estavam sendo construídas ali. Uma pessoa ficava responsável pela ata da reunião enquanto outras ajudavam a organizar as falas, o tempo e a divisão das atividades que se seguiriam a partir dali – este último ponto sempre foi um momento delicado, pois poucos se prontificavam a participar, repetindo-se as mesmas pessoas nestas funções. Fato é que essa comoção dos trabalhadores foi tamanha que, mesmo em meio às divergências internas, algumas importantes ações foram realizadas, como já dito anteriormente.

Foi, portanto, um período intenso em muitos sentidos e por vezes nada harmonioso, afinal, havia uma tensão permanente entre gestão/coordenações/trabalhadores. Ameaças de demissão, pressão para a não suspensão ou diminuição de atendimentos e diversas outras situações conflituosas eram vividas diariamente por aqueles que se propunham a se posicionar politicamente de forma próxima ao Fórum de Trabalhadores, dispositivo que, naquele momento, se configurava como um movimento de resistência ao sucateamento da Rede.

Havia um projeto de que este espaço se tornasse, a longo prazo, também um lugar de formação em que dividiríamos grupos de trabalho para ampliar nosso conhecimento acerca de burocracias, direitos, financiamento/verbas etc. daquela rede. Esse projeto não teve tempo de ir adiante. Poucos meses após esse pequeno turbilhão começar a ganhar força, a Prefeitura lançou um edital de contratação para todas as vagas, de todos os serviços de SM do município. Isso passaria a garantir alguns direitos, porém, na prática, acabou por esfacelar uma rede inteira. Todos os serviços tiveram seu quadro pessoal abruptamente alterado e, a despeito de todas as tentativas realizadas pelos usuários para que fossem mantidos os profissionais com quem já possuíam um vínculo de trabalho, este pedido foi negado pela gestão. Além desse desastre, que trouxe consigo uma desmotivação e desmonte do movimento, muitas vagas demoraram meses

para serem preenchidas, fragilizando incontáveis acompanhamentos e tratamentos. Eu não teria uma palavra melhor para descrever este cenário que não seja “crise”.

4.2 Sobre os ambulatórios

As descrições a seguir são fruto das minhas percepções ao longo do tempo em que estive no ambulatório. É fundamental ressaltar que as atividades descritas estavam diretamente atravessadas por todo o duro cenário relatado acima e, portanto, estavam acontecendo e existindo apesar de/e em meio a tudo isso. Faço aqui uma explanação mais geral dos ambulatórios da rede e, no item a seguir, conto um pouco do cenário específico do serviço e das práticas de cuidado alvos desta pesquisa.

A rede de saúde mental do município estudado conta com cinco ambulatórios de saúde mental com uma nomenclatura específica, apontando para uma forma de oferecer o cuidado distinto do antigo modelo médico-consultório, pois valorizam o trabalho multi e interdisciplinar, assim como as atividades terapêuticas em grupo, sem deixar de oferecer atenção clínica individual quando necessária. São unidades regionalizadas, na tentativa de cobrir a maior parte possível do município e prestam assistência a uma população diversificada e funcionam em espaços comuns a outros profissionais da saúde, em policlínicas, onde também são oferecidos atendimentos de diversas especialidades médicas.

Tecnicamente, a função primordial do Ambulatório seria receber uma clientela menos grave, porém, a realidade do serviço e da Rede faz com que também sejam acompanhados casos de distintas complexidades oriundos de internações ou de longa permanência, pacientes por vezes em crise, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, adultos ou idosos, portadores de algum sofrimento psíquico, encaminhados pelos diversos dispositivos da Rede – atenção básica, policlínicas, ambulatórios de especialidades, serviços de internação e outros setores, ou ainda por via da demanda espontânea. Também fazem parte da clientela aqueles sujeitos que tem um quadro de extrema vulnerabilidade psicossocial e, embora tal realidade demande espaços de acolhimento mais estendidos do que os oferecidos numa consulta comum de rotina ou revisão, os ambulatórios se organizam de forma a conseguir atender e dar suporte a esses casos, sempre que possível, e com os recursos que a equipe consegue construir.

Esses ambulatórios são compostos por uma equipe multiprofissional: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, acompanhantes domiciliares (AD) – outra especificidade desta rede – e estagiários.

As principais atividades realizadas nos ambulatórios são: acolhimentos para uma primeira escuta com direcionamento à rede específica de cuidado avaliada necessária; atendimentos individuais, grupais, familiares e oficinas com familiares e usuários – sem a administração de alimentação; atendimento, muitas vezes, a pacientes em genuína crise, que procuram o ambulatório pelo vínculo com o serviço/profissional que o atende. Nestes momentos, a equipe organiza e direciona um acolhimento possível, por vezes acompanhando o paciente até uma urgência, em outras contornando por meio da escuta a gravidade da situação, o que muitas vezes possibilita que o usuário retorne para casa sem a necessidade de internação. Isso significa que em inúmeros casos evita-se o desgaste do pernoite na intercorrência de uma emergência, uma contenção mecânica ou mesmo uma internação psiquiátrica.

Tais ambulatórios também contam com os ADs que fazem visitas domiciliares, grupos de passeio, atividades diárias e uma série de acompanhamentos dos usuários em que é avaliada a indicação de um trabalho dessa ordem; os profissionais dos diferentes turnos encontram-se nas reuniões de equipe e na supervisão coletiva semanal e mantêm comunicação entre si para dar prosseguimento a projetos terapêuticos individuais.

Apesar das precariedades, os ambulatórios valorizam a comunicação com os PMFs, escolas, CAPS, Hospital Psiquiátrico ou Geral, famílias, gestão e todas as demais entidades que se façam presentes na oferta de cuidado aos sujeitos atendidos. Esta articulação nem sempre acontece da forma desejada pela equipe, mas constitui uma potente particularidade desta Rede. A inexistência do ambulatório deste formato, na lei (RAPS), traz consequências: falta de verba para continuidade do trabalho, equipe em número insuficiente, estruturas precárias etc. O progressivo desinvestimento nesse potente trabalho construído a muitas mãos gera em mim preocupação.

Poder-se-ia facilmente confundir este cenário com o de um serviço de maior complexidade, como o CAPS, o que poderia sugerir que os ambulatórios prestam atendimento que não está em conformidade com o previsto nas diretrizes, devendo, portanto, ser reformulados, otimizando o orçamento e priorizando o fortalecimento da rede.

À época acompanhei algumas discussões da Coordenação de Saúde Mental com a equipe a respeito da possível transformação desses serviços, as possibilidades apontadas consistiam em reduzir a complexidade transformando-os em ambulatórios da atenção básica, como previsto na RAPS, ou ainda, com ajustes, aos padrões de um CAPS I³. Tais discussões,

³ **CAPS I:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.

no entanto, nunca chegaram a um consenso na Rede a ponto de efetivar qualquer uma das opções. Um aspecto fundamental nessa não tomada de decisão foi a preocupação com os usuários que teriam seu serviço de referência transformado em algo que poderia não garantir sua permanência lá, esta questão do vínculo foi um forte ponto de apoio para a manutenção do serviço. Ao ter o funcionamento direcionado dessa maneira, em inúmeros casos, o ambulatório acaba por oferecer um tipo de cuidado que ocupa, muitas vezes de forma satisfatória, funções que tocam de forma transversal as dos serviços de diferentes complexidades, tendo, portanto, uma especificidade que está para além das descritas na Portaria da RAPS e que acenam para a singularidade desta oferta de cuidado.

4.3 O ambulatório em questão

Ao longo dos 11 meses aproximadamente em que estive no serviço ocorreram algumas mudanças na equipe e nos cargos de gestão do mesmo, assim, descrevo aqui a organização inicial em minha chegada. A equipe era composta à época por 18 profissionais, sendo seis psicólogas (duas delas atuavam na assistência e nos cargos de Coordenação e Coordenação Técnica); uma terapeuta ocupacional; quatro psiquiatras; uma enfermeira; dois acompanhantes domiciliares; duas estagiárias; uma supervisora e uma secretária. Desses trabalhadores, havia apenas uma servidora pública, sendo todos os demais contratados como RPAs.

Havia quatro salas de atendimento, sendo uma reservada para as atividades de grupo e reuniões dos profissionais e também possuía um pequeno espaço em que funcionava a copa, equipada com micro-ondas e pia para lavar louças, local este onde os funcionários costumavam fazer suas refeições. Não havia banheiro próprio no serviço, na sala da secretaria ficavam o computador, os arquivos de prontuários e as agendas dos profissionais, toda sorte de documentos e fichas necessários, assim como o telefone do serviço, que muitas vezes estava com defeito e não realizava ligações diretas, tendo que passar pela telefonista.

Como dito anteriormente, entrei no serviço em uma época de grande tensão na Rede e isso foi inclusive conversado já na entrevista da minha seleção. As demandas do trabalho a ser realizado eram muitas e distintas, somadas ao fato de sermos poucos para a quantidade de usuários lá referenciados e o tipo de trabalho necessário; os dias tinham pouco ou nenhum intervalo para um breve descanso, para comer ou mesmo para a atualização dos prontuários.

Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Logo que cheguei houve a demissão de uma coordenadora muito bem quista pelos usuários e pelos trabalhadores do ambulatório. Estes últimos avaliaram como abrupta e intransigente essa determinação, principalmente pela forma pouco cuidadosa com que foi administrada pela gestão naquele momento. Isso gerou uma demanda dos trabalhadores do serviço por uma reunião com a coordenação de SM, a escrita de uma carta coletiva com o posicionamento destes trabalhadores endereçada à Prefeitura e, para mim, significou o início da minha participação no Fórum dos Trabalhadores juntamente com outra parceira de trabalho.

Nenhum outro profissional deste ambulatório frequentava as reuniões que costumavam acontecer em local um pouco distante do serviço e no horário após o expediente, logo, não era tão simples a escolha de investir o pouco tempo do dia que restava indo àquele espaço, traço que me parece comum em qualquer militância.

Muito mobilizada ainda pela experiência anterior de trabalho que havia tido (desgastante em diversos níveis) cheguei no serviço investida de uma posição bastante reivindicativa e com o desejo um tanto imediatista de fazer “as coisas acontecerem”. Foram muitos os embates com a equipe e com a coordenação. Numa reflexão *a posteriori* posso sintetizar essa situação como um período de aprendizado, em que tentei encontrar o tempo e a intensidade de trazer as questões, deixar elas surtirem algum efeito, mesmo que isso nem sempre trouxesse repercussões agradáveis e harmoniosas, para daí sim impor certos limites não negociáveis – fosse porque a situação ultrapassaria meu limite ético, fosse porque ultrapassava minha capacidade de suportar tantos obstáculos, ainda mais quando não conseguia encontrar respaldo clínico nas direções indicadas pelo serviço.

Com o tempo, após muita convocação minha e da parceira de trabalho, alguns outros profissionais começaram a frequentar as reuniões do Fórum ou a trazer as discussões da situação macro da rede para as supervisões clínicas e reuniões. Aceitaram, inclusive, que alguns representantes do Fórum de Trabalhadores estivessem, por vezes, conosco para tratarmos em conjunto dos encaminhamentos enquanto rede diante do cenário caótico em que nos encontrávamos.

Uma dificuldade existente à época dizia respeito a (não) participação dos médicos nesse espaço de supervisão e reunião. Durante o ano em que estive lá isso só foi possível em uma pequena parcela do tempo quando uma, dos quatro médicos, esteve conosco. Por acaso era a única não psiquiatra. Neste ambulatório, dada a precariedade de contratação e quantidade de trabalho, estava difícil encontrar profissionais especialistas para os atendimentos, o que permitia a contratação de médicos generalistas. A solução encontrada pela equipe era

compartilhar com os que não estavam presentes alguns pontos principais retirados em supervisão, numa tentativa capenga de fazê-los participar das construções do grupo.

Com o tempo, fomos ampliando os espaços de diálogo com os usuários acerca do cenário, tanto individualmente em nossos atendimentos quanto nos espaços de atividades coletivas. Nos atos, manifestações e audiências com a gestão, conseguimos muitas vezes representar o serviço com a presença de alguns profissionais, em geral os mesmos que iam às reuniões do Fórum de Trabalhadores, e também de usuários – e pode-se dizer que, de certa forma, as atividades políticas passaram a fazer parte do roteiro de trabalho das ADs, que passaram a convocar os usuários interessados e a acompanhá-los nessas ações, principalmente nos casos em que a equipe avaliava que era necessário um suporte profissional para que determinados sujeitos acompanhassem tais ações.

Como já dito anteriormente, o ambulatório acaba por receber demandas de cuidado de complexidades diferentes e nesse caso acompanhávamos uma usuária que apresentava o movimento de utilizar o espaço do ambulatório como o de um CAPS (para uma convivência quase diária). Esse é um dos casos que contarei a seguir, porém aqui cito esse exemplo para anunciar uma especificidade deste serviço, em que fomos aos poucos construindo caminhos para que o trabalho pudesse acolhê-la nesse sentido, de modo que a porta do ambulatório estava sempre ocupada por essa paciente que não estava ali para ser atendida do jeito formal, mas que de alguma maneira estava sendo tratada naquela convivência, naquele dispositivo.

A questão da escrita e do tempo que já se passou auxilia nesse processo de rememoração e também de uma outra compreensão de todo esse (nada fácil) período. Certamente não conseguirei expressar os meandros das dificuldades, mas acredito que isso também não é necessário, ao menos para vocês leitores, já que o uso que faço desta escrita está sendo todo permeado por uma certa sensação de “tratamento”, dando nome, lugar e um certo apaziguamento para esta intrincada vivência.

4.4. Casos Clínicos

Os casos foram selecionados no universo de aproximadamente vinte pacientes que acompanhei em terapia individual no ambulatório, ao longo do período em que atuei como psicóloga no serviço. Lá realizei também a triagem na porta de entrada, grupos de recepção e grupos de atendimento temáticos.

A seleção dos três casos⁴ é uma tentativa de abordar acompanhamentos com demandas, organização de equipe e atuações/articulações na rede distintas, de forma que consigam expressar a articulação psicossocial existente e necessária e, por essa razão, acabam também por traduzir/contar sobre o serviço e o trabalho lá realizado, estabelecendo uma ponte entre o individual/singular, o coletivo e o institucional. Como neste projeto busco iluminar a especificidade de um serviço existente em um município, mesmo que não previsto na RAPS, avaliei importante mostrar a diversidade dos casos que nos chegavam lá, assim como contar os percursos e caminhos tomados pelos próprios sujeitos atendidos e pela equipe no direcionamento de cada um dos projetos terapêuticos.

Esse serviço atua em frentes até então direcionadas a outros serviços, como o CAPS e a Atenção Básica, e, a meu ver, tem como principal riqueza garantir a convivência e o atendimento de casos de baixa e alta complexidade da saúde mental, em um trabalho realizado sempre que possível junto e dialogado com a rede e no território, valorizando os vínculos dos sujeitos com as pessoas de seu convívio, com a cidade e com os profissionais que o atendem. Essa, porém, é a forma que até então olhei para o serviço e nesta pesquisa estou tentando deixar em aberto as minhas avaliações prévias para poder reavaliar, à luz dos referenciais e da rememoração dos casos, as práticas de cuidado ofertadas por esse serviço, nessa rede.

O trabalho psicossocial lá realizado permite que se identifique muitas vezes uma ética, uma escuta, um acolhimento e acompanhamento pertinentes aos pressupostos sustentados pela Reforma Psiquiátrica? Por ser esse serviço uma especificidade desta rede, isto instiga a curiosidade de conhecê-lo melhor, suas particularidades, para que possamos pensar o que há de diferente e, por essa razão, de inventivo, que o caracteriza como um serviço singular de atendimento na saúde mental no estado do Rio de Janeiro.

4.4.1 Caso Clínico: Marta

Marta é encaminhada por uma psicóloga que estava de saída do serviço, acompanhada há muitos anos pelo ambulatório já é conhecida pela equipe e por grande parte da Policlínica, uma vez que permanece nos espaços de convivência todos os dias da semana, por todo o horário útil. Isso acontece, segundo ela, por conta da irmã lhe colocar para fora de casa ao longo do dia. A relação entre elas é permeada de muitas agressões físicas e verbais, por vezes agravada pela condição de dependência de álcool da irmã, que já há algum tempo não trabalha e permanece em casa grande parte do dia. A sobrinha de Marta mora na mesma casa e também realiza

⁴ Os nomes dados são fictícios para que as identidades dos sujeitos sejam preservadas.

acompanhamento no mesmo ambulatório. Trata-se de um caso complexo, a moça é jovem e o histórico de ações e vivências permeadas de agressividade e violência também faz parte do seu repertório de vida.

Após poucas semanas do início de nossos encontros, Marta me pede que anote e entregue para ela o número do meu celular, justificando o pedido pelo objetivo de poder se comunicar comigo caso não pudesse vir em algum dos dias marcados de atendimento. Essa não era uma prática incomum no ambulatório, em que muitos dos pacientes tinham nossos telefones pessoais para facilitar a comunicação, uma vez que o telefone institucional constantemente apresentava problemas. Fiz o que me pediu e o papel com a anotação seguiu com ela por todos os meses seguintes em que a atendi. Marta tinha uma preocupação, que não cessava sob nenhum argumento, de que poderia perder sua vaga no ambulatório e por essa razão se sentia segura de que, ao me avisar, sua falta estaria justificada e, portanto, não implicaria em perda de vaga. De fato, em muitos casos, o não comparecimento ao serviço nos dias marcados acabava por exigir nova triagem do caso, embora isso sempre fosse avaliado, caso a caso, pela equipe.

Por ser uma paciente antiga, seu prontuário era composto por uma pasta de tamanho considerável de arquivos e anotações e, por essa razão, apenas após algumas semanas tive tempo para lê-lo de forma mais completa. Para minha surpresa (e muita preocupação), em uma das páginas encontrei o relato da penúltima psicóloga que havia lhe atendido e lá estava escrito de forma bastante enfática que o telefone pessoal do profissional nunca deveria ser repassado à paciente. O prontuário seguia com inúmeros relatos de uma relação extremamente difícil que se estabeleceu com aquela profissional – cenas de fortes agressões verbais e ameaças de Marta a ela, um número incontável de ligações ao longo dos dias, em qualquer horário, e muitas demandas feitas pelo telefone. Eu já havia entregado meu número a ela, não havia como voltar atrás, o que me fez decidir por aguardar e ver o que se passaria na nova relação psicólogo-paciente.

De fato, Marta foi uma paciente que costumava demandar atenção de alguma forma sempre que me encontrava no serviço, fosse com algum pedido de que a escutasse, um sorriso e olhar atentos, um comentário sobre o dia etc, porém, era em seus atendimentos que conseguíamos manter grande parte do trabalho. No percurso dos atendimentos estive junto ao trabalho fundamental da AD de sua referência, com quem ela fazia diversas atividades no território – retirada do benefício, pagamentos, idas a atividades culturais e políticas, dentre outros. O psiquiatra se mantinha atento à prescrição dos medicamentos, embora tenha

conseguido poucas vezes ter trocas para avaliarmos juntos o caso, a AD era quem mais realizava esse trânsito.

Tive um único encontro com a irmã de Marta quando a chamei para ir ao serviço me conhecer, foi uma aposta em também lhe dar um lugar no cenário familiar tão devastado. Era uma mulher que sofria com a sua própria condição e a responsabilidade de conviver e, de certa forma, ter de cuidar da filha e da irmã. Não foi um encontro fácil e não aconteceu na primeira vez que a convidei a ir, mas ao final do atendimento alguns acordos conseguiram ser feitos a respeito dos limites da violência desenfreada.

Um ponto importante, construído em supervisão de equipe, foi a necessidade de não escutar todas as queixas de Marta – como se nas cenas que trazia ela não tivesse responsabilidade sobre o que lhe acontecia. Tal conduta trouxe limites interessantes e a fez se movimentar de forma a compreender melhor seu papel nas relações com a família ou com a equipe. Era inegável a precariedade dos laços familiares, mas ela pode também se colocar de outras formas, assumindo certas responsabilidades – o que diminuiu em alguns momentos a intensidade dos conflitos com a irmã e a sobrinha.

Outro direcionamento fundamental foi ter partilhado (e, assim, construído junto), com todos os atores do serviço, o projeto terapêutico de Marta. Não bastava lhe garantir um espaço de fala e de desejo apenas nas atividades consideradas terapêuticas, era necessário que o grupo desse também este lugar a ela no dia a dia, suspendendo um pouco as constantes negativas a tudo que ela dizia, aproveitando seu conhecimento sobre o ambulatório e a policlínica para algumas informações na porta de entrada etc. Esse é um trabalho que se iniciou naquele momento, porém não houve tempo para consolidá-lo da forma que desejaria, no entanto, acredito que algo desta aposta permaneceu ali, do lado dela e da equipe também.

Ao sair do serviço, não havia uma nova psicóloga para me substituir e todos nós da equipe estávamos muito preocupados e atentos ao fato de como essa ausência poderia ser sentida por Marta, ao que ela nos surpreendeu falando que conseguiria ficar com as referências que já tinha no ambulatório enquanto aguardaria a chegada de uma nova profissional. Naquele momento pudemos constatar que o trabalho com ela precisava mesmo ocorrer daquela forma integral – acolhendo-a (mesmo que fosse através do estabelecimento de limites), direta ou indiretamente nos espaços de convivência, oferecendo atividades na Terapia Ocupacional, junto à AD na administração mais objetiva e prática da vida e dos afazeres que envolviam bancos, dinheiro, pagamentos etc, assim como com a parte medicamentosa, a escuta em terapia e os

encontros pontuais com a família. Isso possibilitou, inclusive, que ela não precisasse recorrer a nenhuma internação ao longo daquele período.

Por fim, constatei que Marta me ligou, no máximo, três vezes ao longo de todo o período e foi exatamente para avisar sobre sua não ida ao atendimento, momentos em que me contou brevemente como estavam as coisas em casa – em geral muito caóticas –, falava sobre o que tinha feito rapidamente nos dias em que não nos vimos e ponto. Em seguida, reagendávamos o próximo encontro.

4.4.2 Caso Clínico: Claudio

O sr. Claudio é idoso e à época que o atendi estava residindo num abrigo do município e corria um processo junto à justiça para a retirada de benefícios que ele teria direito. Sua família, naquela ocasião composta apenas pela irmã e cunhado, pois os demais não possuíam mais vínculo com ele, residia em um município próximo e, apesar de afirmar o desejo de tê-lo mais perto, apontavam a impossibilidade de acolhê-lo morando com eles ou mesmo de visitá-lo com frequência.

No trabalho com a AD referência do caso, Sr. Claudio passou a visitar os familiares, em um município vizinho, aproximadamente quinzenalmente, passando o dia na Igreja em que eles mantinham atividade, onde aceitava receber os cuidados de banho, cortes de unha e de cabelo e também se alimentava. Por conta de uma deficiência visual que veio se agravando ao longo do tempo e chegou a ser total, tinha bastante dificuldade de locomoção, embora conseguisse se virar bem com as referências do território. Com um histórico de abuso de álcool e muitas internações psiquiátricas, em que apresentou intensos episódios de agressividade, de hipersexualidade e ausência de possibilidade de autocuidado, acabou por perder os vínculos que possuía. Em seus atendimentos, a perda de vínculos era um ponto sempre tocado por ele: falava da sua solidão, do abandono, perguntando-se muitas vezes qual era o sentido de permanecer vivo. O abrigo em que estava possuía condições degradantes de limpeza, alimentação e cuidado e a equipe, muito reduzida, tinha dificuldades de garantir a vinda do Sr. Claudio ao serviço ou mesmo de realizar quaisquer atividades no território com ele – que acabava por passar grande parte do dia deitado em sua cama, em um quarto pequeno, com inúmeros beliches e diversas pessoas nas mais variadas situações de vulnerabilidade.

Há algum tempo não estava sendo necessário recorrer à internação psiquiátrica, porém, a vida do Sr. Claudio estava atravessada por uma tristeza contínua, pela troca frequente dos

profissionais que lhe atendiam – o que dificultava ainda mais sua possibilidade de estabelecer laços – e por muitas incertezas referentes não só à situação jurídica dele, mas também familiar.

Nesse caso, foi necessário um intenso trabalho em rede com os profissionais do abrigo, por meio de reuniões e idas até ao abrigo – inclusive para atendê-lo, pois passava semanas sem chegar ao ambulatório – assim como por diversas tentativas de um trabalho conjunto com a família, fosse pelo telefone, recebendo-os no ambulatório ou mesmo conversando com eles nas idas do Sr. Claudio à igreja. A justiça apresentava muitas burocracias e obstáculos para que pudéssemos acessar seu processo e o encaminhamento dele.

O acompanhei por todo o tempo que estive no serviço, tendo como suporte fundamental o trabalho com a equipe do ambulatório e com a supervisão, que iluminava caminhos a seguir no projeto terapêutico que demandava tantas frentes distintas. O caso do Sr. Claudio foi intensamente discutido e reavaliado por toda a equipe que reconhecia nele, àquela altura, as fragilidades que uma vida sem um suporte necessário (emocional, financeiro, familiar, do Estado etc) pode trazer à vida de um sujeito psicótico na velhice, com o quadro de psicose em si já estabilizado, mas que necessita de uma rede ampla e complexa de cuidados, em todos os níveis de atenção. Por conta de demandas que ele formulava, tentamos inseri-lo em atividades de grupo com instituições parceiras, mas por não conseguirmos garantir o transporte do abrigo, não foi possível levar tal projeto adiante. O trabalho com a AD neste caso teve relevância fundamental, pois era no território que muitas das questões apareciam e conseguiam ser tratadas, assim como era potencialmente naqueles momentos que ele se sentia tendo alguém ao seu lado – literalmente.

Esse foi um caso em que encerrei a minha parte do acompanhamento (por conta da saída do serviço) com a percepção de que muito ainda poderia ser feito para potencializar uma rede de cuidados que pudesse acolhê-lo onde nós não estávamos conseguindo, no entanto, havia um visível investimento em um trabalho neste sentido, o que me faz refletir sobre as reais possibilidades de cuidado que este município disponibiliza à sua população.

A estabilidade do quadro do Sr. Cláudio permitiria que ele frequentasse e ocupasse diferentes espaços no território, porém parece que as vulnerabilidades existentes o colocavam à margem, em um lugar em que poucos desejam chegar/olhar. Como encaminhar um sujeito idoso, cego, psicótico e sem dinheiro a qualquer atividade se não há recursos do Estado para isso? Os ônibus não aceitam a gratuidade integral (disponibilizando apenas o número certo de passagens para ir aos atendimentos no ambulatório), a justiça burocraticamente adiava o seu direito ao benefício, os dois serviços aos quais ele era referenciado passavam por uma grave

precariedade e seus laços sociais não possibilitavam um alargamento de suas possibilidades. De quais cuidados um sujeito assim necessita? Temos pernas para oferecê-los?

Por conta das tantas atividades a realizar após meu pedido de demissão não consegui me despedir do Sr. Claudio ao vivo, apenas ao telefone. Foi um triste encerramento de um trabalho, com algumas poucas indicações construídas em equipe para o prosseguimento do projeto terapêutico e muitas dúvidas (minhas) de quais caminhos existentes. Fato é que saí de lá com a certeza de uma despedida sintomática feita: nós não nos vimos.

4.4.3 Caso Clínico: Celso

Celso buscou o serviço após ser diagnosticado na emergência de um hospital psiquiátrico como tendo ‘crises de pânico’ e relatava que até aquele momento de sua vida nunca havia se sentido daquela forma, nem mesmo percebido nada de significativamente estranho em seu comportamento e nas suas relações. Desde o primeiro atendimento apostei num caso de neurose e a partir daí mantive minha conduta ao longo das sessões. Nenhum outro profissional do serviço o atendia, pois tinha uma médica psiquiatra particular e não apresentava demandas para nenhum outro tipo de oferta de cuidado do ambulatório, o que caracterizava, portanto, um atendimento de terapia individual.

Faltou raramente às sessões e no início precisava falar bastante, quase ininterruptamente, sobre os episódios que lhe tomavam de súbito na rua, em casa, em qualquer lugar. A falta de controle sobre essas situações o atemorizava bastante. Com o tempo foi conseguindo apreender mais as perguntas que lhe fazia e contar sobre a vida, a família e o trabalho. Tinha um filho de poucos anos de idade e relatava um casamento em que se sentia muito preso às demandas da mulher, afirmava gostar bastante dela, mas por vezes se dizia sobrecarregado, querendo voltar à liberdade que tinha antes de casar-se, por vezes apenas para poder voltar a pescar, ler e passar os finais de semana afastado da cidade, já que sempre morou em regiões menos populosas e por conta do casamento e do filho precisou vir para uma cidade maior.

Quando anunciei minha saída do ambulatório, com alguma antecedência, Celso pergunta se posso continuar atendendo-o em meu consultório particular, afirmo que sim, mas que o local ficava em um outro município que não aquele, e embora fosse próximo lhe custaria tempo no trânsito. Ele aceitou e chegou a vir duas vezes ao meu consultório, porém, logo em seguida, concluiu que de fato ficava muito custoso todo esse tempo e quantidade de transportes. Indiquei que ele permanecesse no ambulatório (e esta direção já havia sido acordada com a

equipe enquanto ainda estava no serviço) e assim ele o fez, seguindo em seu processo de terapia, já com os episódios significativamente menores, mas que ainda lhe traziam muita angústia e lhe mostravam que precisava falar disso ainda mais, para que algo talvez pudesse se reajustar novamente.

Um dado interessante que se passou ao longo do tempo que o atendi foi a transformação de seu incômodo com os outros usuários do serviço, no início a complexidade dos casos o assustava, fazendo-o pensar que poderia ficar no mesmo estado de sofrimento e perda da realidade, com o convívio na sala de espera isto foi aos poucos mudando e parou de ser uma temática trazida por ele.

5 DOS CASOS À ANÁLISE PSICOSSOCIAL DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

Esta certamente é, para nós, a parte mais desafiadora deste trabalho, pois é o espaço de articulação entre teoria e vivência. Se a teoria, no entanto, aqui pesquisada e organizada é fruto do que os autores com quem dialogamos conseguiram recolher da experiência de um trabalho clínico nos serviços e territórios pelos quais passaram, podemos dizer que, de certa maneira, esta articulação também já se iniciou logo na primeira linha desta escrita. As narrativas dos casos clínicos e do cenário macro e micro em que estavam ambientadas as práticas de cuidado, foco desta pesquisa, também dizem da tessitura desta construção, posto que são frutos da forma como pude lembrar e contar o que vi e vivi naquela experiência. Como já dito, as narrativas são uma construção na medida em que não têm como meta contar de algo verificável ou objetivável, são as representações formuladas de uma vivência e, por essa razão, já são uma construção.

O modo como escolhemos os temas e pontos trabalhados neste tópico se iniciou com uma retomada dos objetivos específicos agora à luz de todo o material teórico articulado e a releitura dos casos clínicos. Disso, fomos extraíndo pontos destas experiências (elementos emergentes de análise) que, de algum modo, dialogam com o debate trazido à tona pela RPB, com a forma como se compreende o cuidado neste campo de atenção psicossocial e também com as referências da Psicanálise e da Psicossociologia, teorias de base neste estudo. Realizaremos uma divisão didática de subtópicos desses elementos emergentes de análise de forma que a discussão aconteça de maneira mais organizada, porém são pontos interligados e que conversam diretamente entre si.

5.1. Processos Grupais e Intersubjetivos

Uma vez que os pontos selecionados para esta análise estão muito interligados, decidi iniciar por este elemento emergente de forma que os conceitos aqui trabalhados nos auxiliem no entendimento do que são os processos grupais e intersubjetivos existentes em um coletivo/organização/instituição – em especial na análise da forma que esses processos assumem na realidade aqui estudada – como também nas discussões seguintes.

Como já vimos, o planejamento e as práticas em saúde devem ter como linha guia os encontros intersubjetivos entre pacientes e profissionais e destes entre si. Mas como se dão esses processos?

Como o objetivo não é realizar uma análise dos processos terapêuticos dos casos clínicos e nem mesmo fazer uma interpretação subjetiva individual dos membros da equipe do

ambulatório em questão, pensar sobre os processos psíquicos envolvidos parte da compreensão, já sustentada por Freud (1921), de que a psicologia individual é psicologia social na medida em que entende que o outro é sempre o modelo, sustentáculo ou adversário, portanto, não buscamos aqui realizar uma interpretação da psicanálise sobre os sujeitos particulares, mas sim utilizar as contribuições da psicanálise e, em especial, da psicossociologia de base analítica, a um campo mais amplo, em que o caráter social dos indivíduos nos aponta o funcionamento do grupo, do local e da cultura que estão inseridos.

Trabalhar para desvelar a maneira como os atores sociais vivem, sentem, transformam e se apropriam das organizações, segundo uma exploração das representações, das crenças, dos valores e de seus efeitos sobre as condutas, isso abre nas organizações a possibilidade de uma colaboração entre as pessoas envolvidas e responsabilizadas. Se existe interdependência entre as condutas das pessoas, aí então as estruturas da organização e a cultura da empresa dão uma dimensão social ao remanejamento do espaço intersubjetivo (GUIST-DESPRAIRIES, 2001, p.243).

Para compreender melhor as bases e o que está em jogo nessas interdependências, avaliamos que precisamos começar pelo desenho do que é um grupo, como ele se constitui e algumas das consequências disto. As referências aqui utilizadas são novas para mim, em especial, e por esta razão escolhemos, eu e a orientadora desta pesquisa, detalhar mais alguns conceitos, tanto para organizar melhor as minhas ideias e análises, quanto para esclarecer aos leitores quais as linhas de raciocínio utilizadas e que tentaram fazer dialogar a produção de autores importantes do campo da psicossociologia, em especial Enriquez (1994) e Kaës (1991) – este último, particularmente, do campo da abordagem psicanalítica dos processos intersubjetivos/grupais. Os conceitos aqui elaborados também auxiliarão na discussão dos elementos emergentes de análise que estão por vir.

Para Enriquez (1994), toda instauração de grupo é presidida por um projeto comum, é a partir dos valores em comum que os sujeitos partem para sua realização. Esses valores comuns, associados a representações coletivas do que um grupo, organização ou sociedade é e do que desejaria ser, constituem o imaginário grupal, organizacional ou social. Eles são intelectualmente pensados, mas também afetivamente sentidos. Há neles uma determinada idealização de nós mesmos. Um grupo, portanto, é composto por pessoas que são, de certa forma, porta-vozes e guardiãs de algo que as ultrapassa e legitima sua ação e sua vida, seus componentes passam a ter uma missão a seguir, uma causa pela qual lutar (um ideal de eu compartilhado). Seu funcionamento tem por base a idealização, a ilusão e a crença.

A idealização consiste em um fortalecimento do eu ideal e do ideal do eu – conceitos trazidos da obra Freudiana –, ela é o que dá uma consistência ao grupo. A ilusão por sua vez é da ordem do simbólico, tem a função de suspender as dúvidas, trazendo uma solução aos conflitos, ela possui algo de sagrado no sentido de inatacável. Já a crença é uma etapa muito próxima da ilusão, eliminando a questão da verdade (ENRIQUEZ, 1994). O autor nos ensina que esses três elementos estão necessariamente presentes na instauração de um grupo, no entanto, podem ir se flexibilizando ao longo do tempo, não se dando mais de forma maciça, mas, sim, alternando-se.

Bem, se há uma causa específica pela qual se luta, logo, este processo diz respeito a um grupo que é minoritário, posto que a maioria já obteve êxito em sua causa e por essa razão apenas busca conservá-la e consolidá-la. Essa condição de ser um grupo menor exige que os seus componentes acreditem que estão com a razão, caso contrário sua luta não vingará, por esta razão é necessário primeiro fazê-los sentirem-se pertencentes a este coletivo para que depois queiram mais do que apenas contestar o objeto/a ordem vigente que atacam, mas também transgredi-la trazendo novas formas de ser e estar no mundo (ENRIQUEZ, 1994).

Para Enriquez (1994), o grupo irá tentar destruir aquilo que existe de hierárquico, de sedimentado e que, um dia, foi possível e até interessante, mas que no momento não o é mais – ao menos na forma como os componentes do grupo o veem. Isso é o que o autor denomina de ‘destruição das instituições’ (p. 65), são transgressões ao já instituído que não serve mais, o que exige a presença de certa violência, não é um processo, digamos, cortês ou harmônico. Há que se carregar certa sensação de intolerância e intransigência. A instituição para ele é um “elemento de regulação social, que visa à repetição, ao idêntico, à reprodução das relações sociais” (ENRIQUEZ, 1994, p. 65). Há a emergência de um narcisismo grupal, é o ódio ao exterior que permitirá o amor fraterno entre os membros.

Se nem todo grupo tem que matar o pai da horda, todo grupo, não obstante, deve criar um acontecimento irreversível, mediado por uma violência que substituirá a violência instituída e insuportável aos novos irmãos, violência fundadora de um novo mundo, permitindo-lhes formar entre si uma verdadeira comunidade. É o ódio ao exterior que vai favorecer o amor fraterno e fazer circular o fluxo libidinal que permite a passagem dos sentimentos egoístas aos sentimentos altruístas. Sem essa vontade de destruição, sem esses sentimentos de serem perseguidos pelos detentores da ordem antiga, seria impossível aos indivíduos reunidos trabalharem juntos ou se amarem, isto é, manterem essa confiança recíproca que não apenas os transforma em membros de um grupo, identificados uns aos outros (tendo trocado sua diferença e sua provável rivalidade por um amor mútuo e maior semelhança), mas também favorece a emergência de um narcisismo grupal e evita todo conflito interno. Ódio ao exterior, amor mútuo, amor ao grupo enquanto grupo, sentimento de serem

irmãos e formarem uma comunidade de iguais, sentimento de serem minoritários e portadores da verdade, são essas as condições de constituição do vínculo grupal (ENRIQUEZ, 1994, p. 66).

É importante afirmar aqui que a construção de um vínculo grupal, no entanto, não o exige de sofrer consequências desse processo, veremos logo em seguida quais são. Os organizadores grupais para Kaës (*apud* TRACHTENBERG et al, 2011) são o que promovem o vínculo, ou seja, os organizadores não surgem depois ou a partir do vínculo, são simultâneos e promovem e sustentam sua existência. Os organizadores grupais são: uma formação inconsciente; são responsáveis pela sustentação e desenvolvimento dos vínculos em um agrupamento e desenvolvem as formações intrapsíquicas singulares; eles indicam que certos conteúdos psíquicos são estruturados no/pelo grupo, havendo, portanto, uma função organizadora dos vínculos grupais. Esses se caracterizam pelo afeto (causando maior indiferenciação ou maior diferenciação dentro do grupo) e pelo enfoque (estrutural ou genético).

O enfoque estrutural é composto por dois organizadores psíquicos, os intrapsíquicos e os transpsíquicos. Os primeiros fazem parte do aparelho psíquico de cada sujeito e se caracterizam por abrigar fantasias primitivas, pré-subjetivação do indivíduo. São fantasias originárias, pré-existentes ao agrupamento e, apesar de serem interpessoais, são individuais. Já os segundos, transpsíquicos, são fundamentais na estrutura e na característica dos vínculos do grupo, fazem parte deste aparelho psíquico do agrupamento defendido pelo autor. São processos e resultados que se estabelecem no próprio vínculo grupal e são impessoais, pois não individualizados, embora façam parte importante da formação e transformação da psique singular (TRACHTENBERG et al, 2011).

O que nos é importante dessa explicação é atentar que os processos grupais estão submetidos a um funcionamento psíquico próprio que é intitulado de ‘transpsíquico’ – Kaës (1991) nomeará este processo de “Formações intermediárias Transpsíquicas”, que seria aquilo que sustenta a relação necessária entre o sujeito singular e o conjunto, e elas se apresentam através dos contratos narcísicos e dos pactos denegativos, já falaremos deles.

É nesse ponto de transpsíquico que conseguimos fazer uma aproximação entre Enriquez (1994) e Kaës (1991), pois ambos tratam dos processos psíquicos inerentes a todo grupo, em que uns se mostram mais potentes à diferenciação enquanto em outros a identificação quase cega. Elas variam de acordo com os pactos estabelecidos em cada agrupamento, porém ambas trazem conflitos e problemas, vejamos.

Enriquez (1994) nos transmite que os problemas inerentes a todo grupo estão ligados ao conflito entre o desejo e a identificação, ou seja, entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento – isto possibilita uma caminhada em direção à massa ou à diferenciação.

A massa estaria ligada ao desejo de reconhecimento, impondo igualdade aos membros, tendo a identificação como norte principal. São cinco as suas principais consequências: a falta de inovação; a autonomização (autodevoração) dos indivíduos ou do próprio grupo, posto que possui a obediência a submissão como fortes componentes; a exacerbação de medos e paranoias relativas à fragmentação e destruição do grupo, o que faz com as decisões acabem sendo regidas pelos afetos; o risco iminente à decepção uma vez que a busca desenfreada em construir o eu ideal do grupo faz com que os sujeitos acreditem que estão satisfazendo o seu próprio eu ideal, coisa que em muito breve descobrirão que não; a exclusão de quem não seguir tais padrões impostos.

Na diferenciação cabe uma maior aceitação das diferenças e das variedades de desejo; os sujeitos que compõe este tipo de grupo acreditam que para um projeto ser mais pertinente e eficaz é necessário que ocorram “discussões finas, negociações vigorosas e argumentações contraditórias” (ENRIQUEZ, 1994, p.69), isto promoveria, inclusive, uma maior adesão de pessoas; há, portanto, maior tolerância; o risco está em maximizar as contradições a um nível em que isto promova rompimentos ou dissidências, acabando por gastar a energia existente neste processo de debates e acabar por esquecer o propósito do agrupamento (ENRIQUEZ, 1994).

Em nossa avaliação, esses processos de tornar-se massa ou diferenciar-se dialogam com o que Kaës (1991) denomina de contrato narcísico e pacto denegatório, que são as formas de expressão das tais formações intermediárias transpsíquicas, que citamos anteriormente. O contrato narcísico, como toda formação intermediária, tem duas faces, ou seja, é "biface", na linguagem de Kaës. Isso significa dizer que é parte do sujeito e do grupo. Quando o sujeito é inserido em um conjunto intersubjetivo, a ele será destinado um lugar, um papel etc, assim como a ele, de certa forma, é conferido o dever de afirmar a história e a identidade daquele grupo, o que poderia nos fazer supor que isso estaria ligado ao processo de massificação. No entanto, o que o mantém preso ao contrato é justamente o prazer que aufere ao ser reconhecido como único, pelo grupo, como tendo um lugar singular; ou seja, este sujeito não é apenas repetição do ideal do grupo, mas também encontra, de certa forma, sua identidade e singularidade narcísicas afirmadas ali.

Dessa forma, o que liga os sujeitos ao grupo através do contrato narcísico é justamente o prazer que auferem dali, mesmo que isto também lhes custe repetir as normas ali estabelecidas. Isso nos faz poder afirmar que não há grupo que seja apenas criação. Neste sentido, o contrato narcísico não estaria na base da massificação, podendo ser, talvez, a confirmação do indivíduo aos ideais do grupo, mas isto é necessário para se fazer parte de qualquer grupo, compartilhar um imaginário comum, como nos explica Enriquez (1994).

A massificação, por sua vez, seria a negação absoluta de diferenças, sendo considerada um caso extremo. Ao que se pode constatar, tanto a individualização absoluta quanto a massificação representam a dissolução do grupo (ENRIQUEZ, 1994), não havendo, portanto, a possibilidade da existência de um grupo sem conflitos.

A paranoia é constitutiva de todo grupo, mas ela não atua com a mesma intensidade em todos eles. Ela representa uma tentação constante, mas não é um resultado inelutável. Para tratar esse elemento constitutivo e desativar sua estrutura mortífera, psicanalistas e psicólogos pregam habitualmente a necessidade de uma análise aprofundada e de uma regulação do grupo, em sessões conduzidas por um analista interno ou externo (ENRIQUEZ, 1994, p. 72).

Identificamos o papel da supervisão institucional nessa descrição do autor, ele, no entanto, aponta dois obstáculos a esse processo: 1) a confiança na linguagem para esclarecer problemas, de forma que se acredita que a ação e a linguagem sejam complementares – o autor afirma que esta análise pode acabar por se desarticular ao questionar a idealização, a crença e a ilusão constituintes deste grupo, como também pode ser feita de forma superficial. De qualquer forma, ele aponta que “o grupo não se suicida facilmente e que retira benefícios consideráveis do mal que pensa sofrer” (ENRIQUEZ, 1994, p.73). 2) seria a crença na tomada de consciência para regulação da capacidade de mudança no grupo. Como já discutimos extensamente anteriormente, nem tudo pode ser acessado pela consciência, há muitos fatores que seguirão operando inconscientemente, e é isto que o autor enfatiza.

Nada resta então a fazer? Há ainda algo a se fazer, mas é preciso não querer ir muito longe; um grupo deve reconhecer e trabalhar suas clivagens, seus antagonismos, suas relações de poder, suas angústias e, ao mesmo tempo, se dar conta de que tal tarefa é limitada, pois aquilo que ele trabalha é a própria razão de sua existência. A elucidação do grupo por ele mesmo é uma exigência que não pode ser, em caso algum, uma solução. Acreditar nela é ir em direção a novas decepções e ressuscitar a ilusão, lá mesmo onde se havia pensando vê-la desaparecer (ENRIQUEZ, 1994, p.74).

O que o autor esclarece é que devemos, sim, buscar ter cada vez mais acesso a nossa subjetividade, autoconhecimento etc, assim como, no caso de um grupo, é importante que busquemos espaços coletivos para que possamos entender os processos que ali se dão. No entanto, seria outra ilusão achar que chegaremos um dia ao conhecimento total, a eliminação da cegueira, pois ela, em algum grau obviamente é, como ele escreve, a “razão de ser” da existência do grupo, é o que permite o vínculo. Em síntese, a ambivalência, a contradição e algum grau de opacidade são constitutivos de qualquer grupo.

Um dos pontos da experiência que me vem à memória ao trabalhar essas questões está no fato de que o ambulatório atravessava um período de mudanças corriqueiras de seu quadro de trabalhadores. Tal realidade, por si só, já nos aponta para uma fragilidade nesta composição de um vínculo grupal. De qualquer forma, havia ali um grupo estabelecido que conseguiu, da sua forma possível, construir um trabalho e algumas respostas à rede de forma coletiva, portanto, acredito que posso afirmar que havia sim um vínculo grupal, mas em especial, neste recorte de tempo, parecia haver a coexistência de alguns grupos dentro de um mesmo.

Quero dizer com isto que, ao ler estas referências, fica mais claro para mim o funcionamento de determinados profissionais em comparação a outros. Os que já estavam lá há mais tempo pareciam seguir esta lógica da massa de forma mais proeminente, como se seus alicerces em um mito fundador de seu trabalho estivessem mais arraigados a valores que os novos componentes não conseguiam alcançar. Tal realidade, é claro, gerava muitos conflitos internos. Isto talvez explique a maior abertura dos novos componentes ao discurso construído pelo FTSM.

Esse dado também pode nos ajudar a pensar em alguns processos de resistência à mudança, posto que se não há uma grupalidade mais fortalecida, há menos possibilidade de se efetivarem atitudes vigorosas, como as necessárias para o estabelecimento de um grupo, como nos apontou Enriquez (1994). Havia um ciclo interminável de tentativas de união, mas que tinham seus alicerces abalados a cada nova saída que, muitas vezes, exigia inclusive uma mudança dos cargos de coordenação no serviço.

O cenário de conflitos, portanto, parece agora se desenhar para mim como uma arena em que um grupo minoritário tentava se constituir, enquanto outro, já mais estabelecido, resistia ferozmente. Não era fácil pensar diferente dos demais integrantes – e isso valia para todos, desde os que tentavam apagar as diferenças até os que queriam expô-la de forma mais contundente, numa tentativa de buscar algo mais parecido com o que vimos sobre diferenciação.

Uma autoavaliação após todo esse percurso me faz afirmar que as experiências anteriores de trabalho que tive realizaram uma marca significativa em minha trajetória e na minha própria constituição subjetiva, de forma que, ao chegar no ambulatório (e já abordei rapidamente isto anteriormente), mesmo sem que pudesse perceber, projetei naquele espaço e nos profissionais e usuários que o compunham grande parte das minhas expectativas e frustrações anteriores, o que dificultou bastante minha chegada no serviço. Parte disto me fez ir em busca do espaço do FTSM na tentativa de encontrar parceria e diálogo, já que o serviço e o trabalho ocuparam rapidamente um lugar de impossibilidade. Foi necessário que algum tempo se passasse e algumas situações de conflito direto com a equipe se ampliassem para que eu pudesse me repositonar e passar a compreender que havia algo ainda em construção ali, construção esta que estava repetindo alguns padrões por conta da própria repetição que eu estava realizando.

Houve uma situação à época que gerou grande incômodo de parte da equipe (hoje consigo perceber que este grupo era composto em sua totalidade de componentes mais recentes) que causou muita surpresa e indignação – eu mesma fui uma das que me mantive, por longo tempo, incomodada. Havia um profissional que diante de inúmeras situações graves de precariedade (em que se fez necessária uma reunião com a coordenação de saúde mental do município) fez uma fala em que afirmava que em cenários onde as pessoas estavam encontrando obstáculos ele tentava ver pedras em que pudesse se apoiar e seguir caminhando. Essa fala ocorreu em seguida de grande parte da equipe relatar as inúmeras dificuldades e impossibilidades de se manter atuando em um cenário tão esgarçado, ainda mais fragilizado pela inesperada e recente demissão da coordenação do ambulatório.

A atitude deste profissional me pareceu apontar, até pouco tempo atrás, para uma certa cegueira, em cenários de crise, em que o sujeito, como que para se proteger de algo, atua de forma isolada, numa tentativa ineficaz de silenciar a realidade e os demais profissionais. Após a leitura das referências aqui citadas e discussão em orientação acredito que minha visão sobre esta situação se modificou. A negação da realidade pode ser considerada uma forma de defesa contra o sofrimento pela deterioração da rede e pela impotência a que os profissionais e gestores são lançados nestas circunstâncias. Este profissional poderia, como a maioria dos demais profissionais parece ter sentido na época, estar apenas defendendo seu lugar perante a gestão, afirmando sua conformidade, no entanto, acredito que também podemos ver essa cena como uma “denúncia” do domínio do imaginário de impotência que também atravessava aquele coletivo.

Esta pluralidade de grupos e as tantas precariedades já pontuadas anteriormente acabaram por criar um cenário de tensão de difícil manejo, o que, obviamente, atingia diretamente a construção e manutenção dos vínculos neste serviço. Por essa razão, no próximo elemento emergente de análise, propomos esta discussão.

5.2. Vínculo e Reconhecimento

Este elemento emergente de análise me parece estar desenhado em todo este trabalho e também no que ele traz de vivo das experiências relatadas: a potência visível que existe na constituição dos vínculos como suporte para a oferta de cuidado. Como já vimos, a partir dos autores pesquisados, este parece ser um ponto basal que reverbera em toda produção científica e do qual temos sempre que partir para qualquer análise ou trabalho a ser realizado no campo da SM. No entanto, no item anterior, foi discutido longamente os atravessamentos existentes na construção e manutenção deste tipo de laço, vejamos como isto reverberou no serviço.

O objeto desta pesquisa está circunscrito a um serviço de saúde e suas práticas de cuidado. Portanto, faz-se necessário compreender como se estabelece este cuidado, para que, então, possamos pensar na construção dos vínculos ali estabelecidos.

Figueiredo L.C (2007) nos fala do cuidado a partir de duas posições: da implicação e da reserva. Concordamos com o autor ao explicar que essas são duas posições necessariamente interligadas e necessárias à oferta de cuidado, posto que na implicação há uma abertura do sujeito que ocupa temporariamente o lugar de cuidador (pois também precisa se deixar ser alvo de cuidado) ao sujeito objeto de cuidado – uma abertura que pressupõe o ato de reconhecer. Este reconhecer está voltado à possibilidade de testemunhar o que o outro tem de próprio e de singular para, quando e se possível, refletir/espelhar isto, de forma que o sujeito consiga se perceber neste movimento. Tudo isso a partir de um importante trabalho de não se misturar ao que outro está trazendo, de saber-se limitado, sem a possibilidade de conhecer de antemão o que o outro deseja ou necessita, mas num movimento que permita acessar isto que lhe é muito particular e transmitir-lhe, de forma que ele por si só encontre seu caminho (se e quando lhe for possível, da maneira singular que encontrará).

A questão do reconhecimento (reconhecimento do desejo ou desejo de ser reconhecido) apareceu no item anterior como um dos fatores que influencia diretamente a posição dos sujeitos em um grupo, logo, podemos dizer que atravessa a construção/manutenção de um vínculo. Desta feita, podemos entender que o que Figueiredo L.C (2007) nos aponta é para a necessidade de reconhecimento do desejo para que o cuidado seja possível – tanto do profissional com ele

mesmo, como também da sua capacidade de se abstrair de si para reconhecer o desejo do outro e dar lugar a isso.

Essa compreensão é um ponto fundamental e muito dialoga com as referências já vistas aqui pelas vias da psicanálise para o trabalho em SM, embora seja importante frisar que vínculo e transferência são coisas distintas. Portanto, a aproximação a que me refiro entre a noção de implicação e de reserva e o aporte teórico trazido pela psicanálise diz respeito a este espaço necessário e fundamental em uma prática de cuidado, que é o espaço do entre-dois: sustentar o sujeito na construção de seu próprio caminho, suas próprias escolhas, a partir daquilo que o constitui enquanto sujeito singular. Figueiredo L.C (2007, p.18) nomeia este cuidado como “silencioso”.

A questão do reconhecimento se coloca também como um fator importante para pensarmos na possibilidade de enfrentamento do sofrimento no trabalho. Uma das formas apontadas por Dejours (1997) na transformação do sofrimento em prazer no trabalho está na questão do reconhecimento por parte dos pares e dos superiores de um trabalho que seja dedicado e inventivo. Isso seria o que possibilitaria uma construção de grupalidade – tanto o reconhecimento do desejo do outro que compõe este grupo, como o ser reconhecido como parte deste grupo e como alguém cuja contribuição é importante para a realização do trabalho, isto é, reconhecimento de sua singularidade.

No seguir do ato de reconhecer estariam os atos de reclamar e interpelar, momento em que este que ocupa a função de cuidado aponta os limites e as demandas por sentido daquele sujeito, de maneira que ele possa se deparar com suas próprias faltas. Essas constituem duas faces da mesma moeda no ato de cuidar – o acolher e o interpelar, a implicação e reserva, fazem parte daquilo que constitui subjetivamente os sujeitos e contribuem no modo como, aqui nesta pesquisa, está compreendido o cuidado (FIGUEIREDO, L.C, 2007).

[...] em qualquer experiência de cuidado são inegáveis os malefícios da implicação pura – os extravios e excessos das funções cuidadoras –, mesmo quando, e principalmente quando, são justificados pelas melhores razões humanitárias: salvar, socorrer, curar a todo custo! Para que se dê o equilíbrio dinâmico entre os três eixos dos cuidados, e mais ainda, para que este equilíbrio ocorra de modo espontâneo, é necessário que o agente cuidador possa moderar seus fazeres. Essa moderação depende da capacidade do agente de cuidados conseguir manter-se em reserva e desapegar-se. Nesta condição, ele “deixa ser” seu “objeto” e o não-cuidar converte-se em uma maneira muito sutil e eficaz de cuidado (FIGUEIREDO, L.C, 2007, p. 21).

O reconhecimento de seus limites enquanto cuidador é o que possibilita que seu cuidado não seja tirânico (de poder e domínio) e possa ser compartilhado com outras figuras que também possam ocupar este lugar. É necessário um equilíbrio dinâmico entre essas duas formas, já que a possibilidade de cuidado pode acabar prejudicando seus objetos caso haja uma preponderância das necessidades narcísicas do cuidador.

Cabe ao agente de cuidados oferecer ao objeto de seu cuidado um espaço vital desobstruído, não-saturado por sua presença e seus fazeres. É neste espaço vital que o cuidador deixa livre e vazio – sendo sua tarefa justamente a de protegê-lo contra a presença excessiva de objetos e representações –, que o sujeito poderá exercitar sua capacidade para alucinar, sonhar, brincar, pensar e, mais amplamente, criar o mundo na sua medida e segundo suas possibilidades (FIGUEIREDO, L.C, 2007, p.22).

No cenário objeto desta pesquisa a função/lugar do cuidador se alterna entre usuários e profissionais e estes entre si, posto que para as mobilizações políticas realizadas ou casos clínicos construídos, por exemplo, foi necessário que os sujeitos suspendessem seus saberes de certa forma. Os usuários puderam de alguma maneira escutar dos limites e posições das equipes, já os profissionais precisaram suspender suas avaliações para ouvir os demais. Novos modos de se relacionar estavam em jogo naquele momento. Algo ainda desconhecido e que precisaria ser construído no caso a caso.

O caso de Marta nos anuncia que se este vínculo não tivesse sido constituído com o serviço e a equipe (e não apenas com um técnico de referência) grande parte da riqueza e da potência deste trabalho não teria sido possível de ser conquistado. Por sua vez, os poucos vínculos de Cláudio parecem limitar as possibilidades clínicas e de ocupação do território por este sujeito. No entanto, o que pude acompanhar foi o forte investimento e laço realizado pela AD referência do caso. É claro que isso não solucionou toda a precária situação atravessada por ele, mas a aposta desta profissional certamente fez diferença nos momentos em que se fez presente, daí que o próprio Cláudio sempre reclamava de não poder estar presente nos atendimentos agendados e nas atividades realizadas por conta de não ter transporte para chegar ao serviço. Ele sentia falta daquele trabalho.

Não estou querendo afirmar com isso que os vínculos só puderam se estabelecer por conta do tipo do serviço (ambulatorio), até porque não tenho dados para avaliar o que teria ocorrido com esses pacientes caso estivessem em um outro dispositivo, como os CAPS. Apenas levanto aqui a importância da construção e manutenção dos vínculos neste trabalho em relação aos

investimentos da equipe e dos pacientes para estabelecer e manter os laços, ainda que as condições da rede de serviços e sociais nem sempre o permitissem ou facilitassem.

Se compreendermos cuidado nesta perspectiva apresentada por Figueiredo, L.C (2007, p.13) que nos aponta que “as diversas faces do cuidar são apresentadas em termos daquilo que o cuidador faz como presença implicada – acolher, reconhecer e interpelar – e como presença reservada – dar tempo e espaço, esperar, manter-se disponível sem intromissões excessivas”, podemos dizer que o FTSM também pode ser interpretado como possuindo uma função de cuidado – dos trabalhadores e usuários – ao expressar um certo modo de funcionamento daquele coletivo, ocupando o que Figueiredo, L.C (2007) nomeia como um espaço de testemunho, de reconhecimento (tanto de seu valor como de seu sofrimento) e, de certo modo, uma devolução aos sujeitos de uma imagem de si mesmos “fortalecida” ou tornada potente e que, de alguma maneira, sustentava também suas práticas clínicas.

O espaço do FTSM, em minha avaliação, também pode ser considerado como mais um fator que contribuiu para o fortalecimento dos vínculos na rede de SM do município, ao menos para os profissionais e usuários que se dispuseram a fazer parte dele. As trocas ali realizadas possibilitaram um maior conhecimento interno da rede. A partir das realidades expostas pelos usuários e profissionais foi possível um desenho dos serviços, de suas possibilidades e fragilidades. Isso foi permitindo que aos poucos tomasse corpo um trabalho de articulação na medida em que pudemos passar a contar com estes atores nas ações a serem tomadas a partir dali – e não apenas nas que diziam respeito a uma mobilização estratégica para reivindicação dos itens relativos à contratação, a materiais, à estrutura física dos espaços, mas também na troca sobre os casos, na indicação de caminhos a serem percorridos na rede e na própria formação que provém da troca de experiências.

Na minha experiência, o contato com o FTSM favoreceu meu processo de investimento na rede, no trabalho, junto ao território e aos pacientes. Não posso fazer esta afirmação em relação aos demais atores que compunham este grupo, mas acredito que os resultados desta união entre usuários e profissionais, bem como destes entre si, via ações na rua, junto à gestão e as coordenações dos serviços pode apontar para algo neste sentido também.

O vínculo, neste cenário, apareceu como algo não restrito às relações de cuidado/terapêuticas de uma equipe/profissional com o usuário, mas igualmente como fruto de todas essas outras interferências existentes naquele território e momento.

No entanto, acredito que possa levantar a questão se o espaço do FTSM de fato conseguiu dialogar e construir um vínculo com o ambulatório em questão. Em minha avaliação, estes

foram dois espaços que dialogaram muito pouco e talvez existam algumas razões para isso, vejamos.

Um dos primeiros pontos que me veio à memória para discutir a questão do vínculo foi o não consenso dos profissionais do ambulatório (e nem da rede) na discussão sobre modificar a complexidade do serviço em questão – ampliando sua complexidade para a de um CAPS I ou a reduzindo para que estivesse de acordo com os ambulatórios previstos na RAPS. Parte deste não consenso pautava-se no fato de que essa modificação alteraria o público ali atendido, uma vez que na normativa da RAPS os ambulatórios são referências para casos menos graves, enquanto os CAPS são os responsáveis por prestar atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Como o ambulatório atendia uma clientela que compreendia todos esses quadros, desde os menos graves até os mais complexos, a preocupação esboçada por todos estava no rompimento dos vínculos que aconteceria caso precisássemos reencaminhar os pacientes a outros serviços.

Tal situação apontaria para algo que transcende qualquer normativa (já que a construção de um vínculo não é algo passível de prescrição) e, portanto, abre espaço para a reflexão do que pode se constituir, de fato, como imprescindível ao pensarmos na organização de uma rede e na oferta de serviços e práticas de cuidado em SM. Qual seria o caminho mais adequado numa situação como esta: reorganizar os pacientes em serviços que estão previstos como indicados para cada caso e, assim, estar “dentro nas normas”, mas correndo o risco de que a quebra destes vínculos, há muito construídos e estabelecidos, acabe por trazer consequências que não sabemos medir a dimensão (sejam elas positivas ou negativas)? Ou sustentar ser um serviço singular a um território, que já possui um funcionamento e um reconhecimento pela rede e usuários, mesmo que para isto seja necessário manter-se “fora da norma”?

Confesso que por grande parte do tempo me mantive na postura de defender a última opção – sustentar o ambulatório como serviço singular à rede –, no entanto, em orientação, pude constatar que essas questões (apesar de extremamente importantes e que eu deixarei em forma de perguntas, posto que não consigo respondê-las agora) acabam por apontar um outro fator que poderia estar subjacente à fala dos profissionais: haveria a possibilidade de que o apelo pela manutenção do ambulatório estivesse mais ligada às angústias ou fantasias em relação à mudança, como vimos em Kaës (1991), do que à questão do vínculo apontada pelos profissionais?

Devo reconhecer que havia uma preocupação genuína dos profissionais com relação aos pacientes e ao seu vínculo com o serviço, mas seria possível que tal defesa do vínculo estivesse sendo usada (mesmo que inconscientemente) de modo estratégico pela equipe para se defender ou rejeitar a mudança? Seria uma recusa à possibilidade de mudança dado o sofrimento e a desestabilização que toda reorganização provoca no sentido de revisão de novos lugares que cada um deverá ocupar na organização?

O ambulatório atravessava um cenário duro, tanto interno quanto externo e, talvez, essa fosse uma das razões para sua dificuldade em estabelecer vínculo com o espaço do FTSM, que incentivava radicalmente uma atitude nova dos profissionais em seus serviços. Nós estávamos tão fragilizados enquanto equipe que chega mesmo a ser difícil pensar em uma mobilização de um grupo tão fragmentado.

Apesar disso, avalio que houve alguns movimentos desta equipe numa tentativa de construção e/ou fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores e destes com seu trabalho, por exemplo: a mobilização política da equipe (mesmo que não tenha ocorrido com a mesma intensidade por todos seus integrantes) pode ser tomada como uma expressão disso, já que foi fruto de um processo árduo de discussões, debates e supervisões para que as pessoas pudessem se ouvir, expor seus pensamentos, trocar ideias e discordâncias, pensarem juntas em uma forma de responder como ‘equipe’ – em outras palavras, podemos dizer que esse processo possibilitou um investimento libidinal/afetivo na luta por melhores condições de trabalho. Apesar de todos os percalços, havia uma busca por uma não cisão, tentamos organizar formas de posicionamento que estivessem de acordo com a maioria dos profissionais que compunham aquele serviço, buscando meios de nos dirigirmos aos usuários e à rede com uma assinatura que referisse o ambulatório e não alguns de seus integrantes.

Como já vimos, este pode ser considerado um primeiro passo em direção à tentativa de construção de um vínculo grupal. Para Enriquez (1994), a construção de um projeto é um elemento estruturante para a formação de um grupo. Tal projeto, na perspectiva de Kaës (1991), pode ser entendido como cumprindo uma função de intermediário, aquilo que liga e que articula a realidade intrapsíquica e intersíquica.

Isso gerou, por certos instantes, uma maior união de alguns profissionais, que passaram a conhecer melhor as posições de cada membro da equipe; um certo sentimento de reconhecimento daquele trabalho, já que pela via do debate foram sendo expostas de forma muito clara os ataques e o sucateamento da rede que nos atingiam diretamente, o que exigiu um repensar o trabalho ali executado (abordarei nos itens a seguir elementos disto), as condições e,

principalmente, a possibilidade no horizonte de um desmonte que inviabilizaria a manutenção do serviço; a relação com os usuários e o território, posso arriscar afirmar, também sofreu reflexos deste processo, já que o mapeamento das reais condições (políticas e financeiras) atravessadas pela rede, ficava cada dia mais claro, gerava indignação dos profissionais, no entanto, tudo isso também gerou uma certa determinação em tentar manter aquele trabalho a qualquer custo.

De toda forma, embora tenha havido esse movimento do grupo, não me parece que esse projeto tenha se formulado, de fato. O grupo (a equipe), ao ficar aprisionada no dilema (ou falso dilema) que apontei acima, enrijecida na posição de não mudar nada do projeto assistencial do ambulatório, face ao seu extremo oposto (transformação imediata em CAPS ou incorporação na Atenção Básica) acabou por não ser capaz de um deslocamento de olhar, de perspectiva, que lhe permitisse de fato formular um projeto para o serviço. Foi mantida a afirmação de negação à modificação do serviço e da manutenção de suas ações – muitas vezes contrárias, inclusive, às ações do FTSM.

Por um curto período foi possível algumas articulações, negociações e ajustes, como já ditas aqui, muito embora elas estivessem atravessadas pelas posições de recusa e medo à mudança. Porém, diante das notícias de substituição em massa dos trabalhadores, esses poucos vínculos foram se esgarçando e perdendo ainda mais forças. Meu pedido de demissão ocorreu após um longo processo em que pude constatar que a aposta num trabalho em equipe estava cada vez mais distante e aparecia no horizonte um trabalho cada vez mais burocrático e, para mim, sem sentido.

Os pontos aqui elucidados nos dizem de um sofrimento existente e permanente nesse período em que estive no serviço. O cenário de crise (elemento analisador sobre o qual trataremos mais adiante) nos abria duas possibilidades à época: fecharmo-nos naquilo que já conhecíamos, tentando apenas nos moldar às condições impostas ou criarmos outras formas de estar na equipe, com os usuários e também com a própria equipe. Por essa razão, o próximo elemento emergente de análise trata da Criatividade. Para Figueiredo, L.C (2007) cuidar é não só reparar, mas é também criar – produzindo novas ligações e fazendo novas formas de estar no mundo.

5.3 Crise e Sofrimento nas Instituições

Neste cenário macro em que a vivência se passou, que eu mesma nomeei anteriormente de crise, chega a ser difícil discernir entre a crise do sujeito e a crise institucional (entendendo

este termo como algo que diz respeito não só à rede de SM, como também ao próprio ambulatório). Esse foi um ponto muito discutido nas supervisões do serviço e também nos espaços do FTSM. Neste tópico, portanto, pretendo analisar com mais enfoque a crise do ambulatório que, de certa forma, não deixa de dialogar em alguma medida com a crise da rede de atenção psicossocial do município em questão, porém guarda suas especificidades visto que, como grupo, apresenta sua constituição psíquica própria. Mas, o que estou aqui chamando de crise?

Kaës (1982) aborda a crise do sujeito, embora esta remeta, em suas discussões, à crise da articulação psicossocial e à questão intersubjetiva, tentarei, portanto, realizar um diálogo desta sua produção ao cenário mais macro de um serviço. Ele também realiza uma análise do sofrimento e da psicopatologia nas instituições (KAËS, 1991), ponto sobre o qual darei especial atenção para atingir o objetivo proposto neste item.

O autor recusa a ideia da crise como algo genuinamente pessoal. Em sua concepção, ela pode estar associada a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais, de forma que se trata de um conceito ampliado ao considerar esferas que não estão apenas no plano do sujeito e do singular, englobando os aspectos grupais, culturais e subjetivos envolvidos nas experiências de desorganização. Da mesma forma, podemos entender que o serviço também guardava sua história e suas relações (internas e com a rede), era regido sobre uma cultura e, assim, não se pode avaliar a crise pela qual estava atravessando como algo apenas daquele espaço sem inseri-lo nesta série de outros atravessamentos existentes até então.

Na perspectiva de Kaës (1982), ao mesmo tempo em que a crise desorganiza e desintegra, também tem um caráter de mudança, de transformação e de evolução – aí residiria a sua ambiguidade, ao trazer consigo forças de morte, também traz de regeneração; onde se vê destrutividade, é onde o surgimento da criatividade é possível. Para o autor, a crise é sempre singular, única (a cada sujeito e a cada vez) e, apesar de vir de forma imprevista, não a compreende como uma novidade, mas sim como um processo que tem sua gênese na história passada e nas recordações.

Pereira, Sá e Miranda (2013) realizam uma discussão da crise vista a partir de uma perspectiva psicossocial, tendo como enfoque adolescentes com sofrimento psíquico. As autoras se baseiam em Ferigato et al (2007), ao afirmar que as situações de crise exigem ações urgentes e estas devem ter como base o suporte que consiste na possibilidade de afirmar o acontecimento da crise e seu poder destrutivo para que, assim, se encontrem destinos criativos. Uma ação urgente é a do apoio do grupo na resolução de uma situação de crise, isto apontaria

novamente para uma ampliação da noção individualista da crise, em que estão em jogo duas questões: a individualização e a grupalização, podendo-se afirmar que a crise coloca em questão o trabalho psicossocial.

Nesse sentido, Kaës (2002) salienta que a crise questiona a instituição e, neste caso, as instituições assistenciais como um todo, pois, ao desagregarem os contratos, pactos, consensos e acordos inconscientes os evidencia, exigindo, conseqüentemente, uma análise multifocal (PEREIRA, SÁ & MIRANDA, 2013, p. 669).

A crise estaria associada a uma falha nas formações intermediárias e ela coloca em jogo a instituição e a relação de cada membro com a instituição, daí a necessidade dessa análise multifocal (Kaës, 1991). O autor esclarece que “a crise pode vir a assumir o sentido de uma ameaça da vinculação com o conjunto, na medida que haveria um certo risco de que o sujeito viesse a perder o lugar que nela ocupa e, conseqüentemente, questionar a ordem comum sobre a qual se fundou narcisicamente a sua própria continuidade” (KAËS, 1991, p. 26).

Dessa maneira, o próprio serviço deve, então, poder contar com o apoio na sustentação e elaboração das crises, apoio este que deve provir da “supervisão clínico-institucional, dos recursos concretos do sistema de saúde, mas também deve ser protagonizado por instituições comunitárias e outras com as quais o serviço construa parcerias” (PEREIRA, SÁ & MIRANDA, 2016, p. 670).

Trata-se, portanto, de buscar outras formas de se fazer gestão em saúde. Nessa perspectiva, a gestão teria a função de oferecer certo suporte (KAËS, 2005) e de criar instâncias de análise para as equipes, entendendo que os dispositivos tradicionais de planejamento e gestão, como as reuniões de equipe, os colegiados, também são espaços de articulação psicossocial (KAËS, 2003), de trânsito entre o eu e o grupo como conjunto intersubjetivo capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e de se constituir como espaço/*setting* que sustenta os momentos críticos de fragmentação, conflitos e tensão entre o que está instituído e a capacidade criativa e de invenção dos sujeitos (PEREIRA, SÁ & MIRANDA, 2016, p. 670).

Isso vem ao encontro do que Miranda (2013) afirma: que o trabalho criativo não é fruto de algo espontâneo, mas sim de um esforço de criação do serviço que facilite, estimule e sustente este modo de produção.

Estamos, portanto, partindo de uma noção de crise (Kaës, 1982) como uma ruptura mais profunda no campo social e intersíquico, porém avaliamos que a compreensão de Cecílio

(2005), já citada aqui, apesar de se referir ao conflito (que é algo, no senso comum, da ordem dos processos cognitivos e conscientes, relacionados à diversidade de posições políticas e/ou éticas e técnicas presentes na organização do cuidado) pode dialogar com este cenário e questões levantadas neste tópico.

Para Cecílio (2005), o conflito se constitui quando os interesses dos atores envolvidos (da gestão aos usuários) se tornam opostos e acabam por se chocar, podendo ser construído nas estruturas da organização, nos papéis e nas atitudes, ou mesmo surgir em função de recursos (escassez). Desta maneira, entende-se o conflito como aquilo que escapa, que incomoda, que ocupa a agenda e exige providências. Ele pode produzir um arejamento, uma motivação para sair da inércia, a criação de oportunidades que produzam mudanças ou mesmo acabar por manter o *status quo*.

Mas por qual razão poderia manter o *status quo*? Para responder esta questão retomamos o que já foi aqui discutido no tópico anterior a respeito da cristalização de posicionamentos em um grupo. Neste sentido, o conflito pode também traduzir uma posição dos sujeitos agarrados à suas referências identitárias exatamente como uma forma de resistência à mudança, ou melhor, uma defesa contra a fantasia de caos e destruição que a mudança pode trazer. Toda mudança produz sofrimento, justamente porque novas posições identitárias, novos lugares nas organizações, terão que ser construídas (KAËS, 1991; ENRIQUEZ, 1994). Assim, o sofrimento nasceria do esforço em se liberar do indiferenciado e das angústias de dissolução, tendo como fundo a angústia de ser destruído pela máquina insticional, de ser esvaziado de sua própria substância.

Para Kaës (1991, p.30), são três fontes que geram sofrimento em uma instituição, estando imbricadas entre si nas queixas dos profissionais: “uma é inerente ao próprio fato institucional, a outra é inerente à determinada instituição específica, à sua estrutura social e à sua estrutura inconsciente própria; a terceira à configuração psíquica do sujeito singular”. Isto leva a um trabalho psíquico que desenvolve mecanismos de defesa e busca de satisfações superiores; paralisa o espaço psíquico tanto do sujeito singular, quanto os espaços comuns e compartilhados dos sujeitos associados em seus diferentes vínculos; tais sofrimentos também nem sempre são visíveis e as instituições possuem mecanismos de evitá-los, principalmente se isso tiver origem nela. Isso quer dizer que, como muitos dos sofrimentos se produzem durante a vida institucional, este mecanismo de evitação teria como objetivo uma não inscrição psíquica de tais vivências. O pacto denegatório, por exemplo, teria a ver com este mecanismo.

O autor não busca saber quais são as causas destes sofrimentos, mas sim reconhece sua existência, pois acredita que a busca da causa pode nos cegar ou nos deixar surdos diante da diversidade das suas versões, assim se pode deixar fluir para que a sua sobredeterminação apareça – “é a instituição em nós, o que em nós é instituição, que se encontra sofrendo. É a esse sofrimento e a essa dificuldade específica para reconhecê-la que o psicanalista deve estar atento” (KAËS, 1991, p.31).

As reuniões e supervisões de equipe do ambulatório foram diretamente atravessadas pelo cenário mais macro, fazendo aflorar, obviamente, os conflitos internos ao serviço e ao trabalho em conjunto.

Como uma das soluções criativas geradas neste processo, hoje percebo que esta foi uma delas: alguns poucos profissionais do ambulatório propuseram que compartilhássemos com os usuários de forma clara a situação pela qual todos atravessávamos. A aposta era de que isto possibilitaria o estabelecimento de uma relação mais horizontal entre profissionais-usuários, abriria a possibilidade de juntos construirmos estratégias de enfrentamento e ação, além do fato de que, dada a mobilização da rede, esses temas estavam circulando entre os serviços e usuários de forma muito orgânica. Não havia como (e em minha avaliação nem um porquê para) esconder dos usuários algo que já estava presente e que os atravessava diretamente, mesmo que não soubessem explicar.

Um dado importante que se passou nesse momento diz respeito à própria dificuldade encontrada dentro da equipe na busca por um consenso sobre transmitir este cenário macro da rede aos usuários. Parte da equipe avaliava que poderia ser arriscado informá-los e isto acabar por produzir uma desorganização dos sujeitos, alguns membros chegaram a referir que sujeitos psicóticos não teriam uma estrutura psíquica que lhe permitisse participar de atos políticos ou mesmo de assembleias no serviço, pois isto poderia convocá-los a um lugar do qual não conseguiriam responder. É interessante perceber como este movimento diz, em verdade, do funcionamento desta equipe, dos seus limites / possibilidades e (pré) conceitos, inclusive para lidar com seu próprio sofrimento - a despeito de todo o conhecimento técnico que possuem.

Outro fator que aparece a partir desta situação é a ausência de um espaço de diálogo sobre a questão do sofrimento da equipe com tudo que passava e com as incertezas que tal cenário geravam. Não que isto não tenha sido muitas vezes colocado em pauta nas reuniões e supervisões do serviço, mas acredito que a profundidade destes sentimentos (de desagregação) não conseguiram por vezes ser ouvidos e nem encontrar espaços onde pudéssemos, inclusive,

nos unir diante deste sentimento em comum, dada a existência de grupos mais fechados e mais abertos à mudança, como já tratei anteriormente.

Gostaria apenas de frisar que após muito trabalho - e certa pressão dos profissionais que também concordavam com a importância das assembleias de usuários e de um trabalho de informação a ser feito em um a um dos atendimentos, respeitando as singularidades de cada caso -, foi possível falar disto. Os resultados foram em sua maioria muito positivos pois possibilitaram que houvesse algum alargamento das relações de cuidado, a despeito da manutenção dos obstáculos ao acesso à medicação, ao transporte, ao atendimento psiquiátrico no tempo necessário, e a tantas outras graves situações vividas pelos usuários. Marta compreendia quando o serviço precisava reduzir a quantidade de atendimentos e passou a participar das manifestações políticas (o que, inclusive, reduziu o tempo que passava nos bancos da porta do serviço já que estava envolvida em outras ações); Celso apoiou a paralisação. Como disse, isto, claro, não foi possível a todos. Carlos, por exemplo, que mal conseguia chegar no ambulatório por conta da precariedade de seu serviço assistencial, lamentava profundamente o esgarçamento que esta crise gerava em seus atendimentos, nas repetidas mudanças de profissionais que o atendiam e nas tantas outras situações que marcavam ainda mais o estado de vulnerabilidade em que se encontrava.

Tais cenas e vivências vêm ao encontro do que já foi levantado a respeito da necessidade de uma gestão que leve em conta a subjetividade da equipe e dos usuários para lidar com as questões clínico-políticas inerentes ao trabalho, de forma que isto implique uma mudança na questão da responsabilização dos sujeitos, em que estão incluídos usuários e profissionais. Isto tem a ver com abrir possibilidade para a criatividade, nosso próximo elemento emergente de análise.

5.4 Criatividade

Lembro de uma dada reunião de equipe do ambulatório em que uma terapeuta ocupacional, que estava em um de seus primeiros dias de trabalho (e que depois mostrou-se uma excelente profissional), apresentava-se para as pessoas e, como que para poder mostrar seu empenho e desejo, lia uma lista preparada anteriormente em casa de atividades que realizaria em seus dias de plantão. Atitude muito bem-vinda por todos, mas que me deixou perplexa por ser uma ação absolutamente independente da avaliação de quem eram os sujeitos ali atendidos, o que eles desejavam realizar ou mesmo quais as possibilidades de tais atividades ocorrerem no espaço, muito degradado, em que trabalhávamos. Consegui de certa forma naquele momento,

e felizmente, pontuar tais questões ficando acordado que ela faria uma primeira atividade aberta para recolher um pouco mais todos os dados e daí, junto aos participantes, propor suas ideias e realizar uma votação das atividades escolhidas.

Este exemplo acaba por me remeter à questão central desta pesquisa, diretamente ligada ao elemento emergente em questão – a possibilidade de criação, de criatividade, do novo nas práticas de saúde.

A experiência nos mostra a necessidade de (re) aprender formas de estar no mundo, tanto por parte da equipe, que se vê colocada sempre à prova de algo singular que aparece na história e nos atos de cada sujeito, junto à uma construção coletiva e intersetorial de um trabalho, quanto para os usuários que podem ir paulatinamente tomando novos rumos dentro de suas condições e possibilidades. Parece haver nisto uma certa solidão, no sentido mesmo de algo que se passa no interior de todos esses movimentos e atores envolvidos, em relação ao mundo que os cerca. Por vezes pode parecer que a equipe possui uma maior autonomia ou condição para tal, devido à formação, ao lugar que ocupa, à forma como estabelece o trânsito nesta rede, etc. No entanto, esses casos aqui trazidos parecem refletir que há um caminho próprio de cada componente de uma equipe, tanto para se sentir parte disto, quanto para realizar o projeto ao qual se propõe.

Isto pode se ligar ao que Figueiredo (2010) nomeou de aprendizes da clínica. Há um não saber que deve se estender a todas as direções, ou seja, uma abertura para que não se cristalizem posições e caminhos a seguir nesta construção e oferta de cuidado, tanto intra equipe quanto na relação equipe – usuários. Isto exige criatividade.

Confesso que desde algumas experiências anteriores de trabalho e nesta também nunca compreendi muito bem de onde partiam tantos obstáculos e dificuldades para que algo novo pudesse ser inserido no ato de realizar um trabalho. De alguma forma isto me parecia um certo medo dos profissionais, mas nunca soube explicar ou mesmo ver quais medos estariam em jogo. Após as leituras realizadas e expostas nos itens anteriores (KAËS, 1991; ENRIQUEZ, 1994, TRACHTENBERG, 2011), deparei-me por fim com este posicionamento de Miranda (2013):

Ressalto a necessidade da criação de tais zonas (de confiança) porque, a meu ver, o imprevisto também pode provocar desestruturação ou busca por respostas mecanizadas, quando não amparado por um ambiente de confiança. Sem confiar na estabilidade do ambiente de trabalho e na capacidade dos colegas de oferecer suporte e reconhecimento, os profissionais podem ter sérias dificuldades para responder criativa e adequadamente aos problemas imprevistos que os acometem (...) Ou seja, diante do imprevisto e da impossibilidade de controle, os profissionais tenderiam a se agarrar mais fortemente em seus contratos narcísicos e identificatórios, fantasiando, com

mais intensidade, a firmeza, a estabilidade e a onipotência do serviço (...) inibindo as possibilidades de invenção e criatividade (Azevedo, 2010) e recorrendo a respostas mecanizadas, marcadas pela indiferença ao outro (MIRANDA, 2013, p. 105).

A compreensão destes funcionamentos psíquicos grupais e da extensão que pode levar a um cenário de crise me foi muito contundente e importante, ampliando meu espectro de visão. De fato, naquele cenário e condições de contratos de trabalho, era praticamente impossível a construção de zonas de confiança – os coordenadores eram cargos de confiança da gestão, que se posicionava contra as solicitações do FTSM, os profissionais possuíam o frágil vínculo RPA, os usuários estavam cada vez mais desgastados com as ausências de medicamentos, de atendimentos, etc.. Um desafio e tanto estava colocado e isto era muito mais abrangente do que pude compreender até o momento. Como já vimos não era apenas o cenário mais macro desta rede que afetava isto, também havia hierarquias e posições dentro da equipe que impediam a construção de uma zona de confiança.

O conceito de zonas de confiança utilizado por Miranda (2013) foi desenvolvido por Winnicott, que parte de uma compreensão de criatividade distinta da de Freud - o primeiro a entende como algo inato a todos os sujeitos, enquanto o segundo a define como uma forma de defesa associada à sublimação. Minha concepção se aproxima da de Freud e por esta razão acho necessário justificar parte do diálogo estabelecido com Miranda (2013), especialmente porque em sua discussão da criatividade, a partir de Winnicott, ela o faz dialogando com Kaës e Enriquez, autores que auxiliam a pensar sobre o tema. A autora ilumina pontos importantes e por esta razão aposto nesta tentativa de recorte e diálogo.

Pois bem, as zonas de confiança, que aqui compreendo como sendo compostas pelos fatores já citados como fundamentais na organização e manutenção de um vínculo grupal, seriam, portanto, o que possibilitaria a criatividade, mas, afinal, o que compreendemos por este termo? A criatividade está ligada à espontaneidade e coexistirá com as complexas questões presentes dentro de um serviço. É a dimensão criativa que possibilita a construção de sentido para prática, que pode auxiliar na empatia entre profissionais e usuários e também pode ajudar a suportar as dificuldades ao fazer com que os profissionais encontrem algum prazer e realização no trabalho (MIRANDA, 2013).

Para a autora, a possibilidade de se experienciar a criatividade depende do que Kaës (2002, *apud* MIRANDA, 2013) denomina de Formações Intermediárias. Estas são formações que, como vimos, não dizem respeito propriamente nem ao sujeito singular, nem ao grupo, mas

sim à sua relação (KAËS, 1991). Isto quer dizer que algumas funções psíquicas que são direcionadas ao conjunto ou a um de seus elementos, na verdade, devem ser vistas nas suas relações recíprocas, posto que quando um conjunto / grupo é atacado o efeito disto é sentido por todos os seus componentes. Costumamos avaliar os efeitos sobre os sujeitos singulares, mas o autor nos propõe que consideremos que “funções psíquicas que são atribuídas de maneira estática a um elemento de um conjunto, ou ao conjunto, devem ser tratadas nas suas relações recíprocas” (KAËS, 1991, p. 15).

O agrupamento – como formação psíquica intermediária – é o que na instituição une os membros da instituição entre si, numa realização de tipo onírico e pela comunidade dos sintomas, das fantasias e das identificações, de tal forma que possam investir aí os seus desejos recalçados e encontrar os meios deformados, desviados, travestidos, de os realizar ou de se defender deles. Por aí eles ligam à instituição, ao seu ideal, ao seu projeto, ao seu espaço. Fundar uma instituição, fazê-la funcionar, transmiti-la, tudo isso só pode ser sustentado por organizadores inconscientes que trazem consigo desejos que a instituição permite realizar (KAËS, 1991, p.19).

As formações intermediárias consistem na vivência dos processos de análise e de elaborações das questões intersubjetivas; dizem respeito à relação entre o singular e o coletivo; são geradoras de processos de cultura; responsáveis pela transmissão da vida psíquica da instituição; se apresentam de forma plástica, sensível a transformação e, portanto, frágil, sendo o que garante a criatividade na instituição. Já foi possível acompanhar nesta análise como estas formações estavam submetidas a fortes ataques, internos e externos ao serviço.

Qual seria o caminho a seguir em situações assim? Em um espectro mais micro do trabalho, encontramos a importância de um posicionamento dos profissionais e da gestão na construção e manutenção de dispositivos de relação intersubjetiva, em que haja espaço para que afetos – das diferentes ordens, seja de amor ou de destruição - possam se fazer presentes, e mais, que haja espaço para as formações conscientes e inconscientes de forma que possam ser assumidas e analisadas, nesta tessitura entre o singular e o coletivo (Sá e Azevedo, 2010 & Onocko Campos, 2005, *apud* MIRANDA, 2013). Estes espaços podem ser os mais diversos, incluindo discussões de caso, supervisões clínico-institucionais, grupos de trabalho, colegiados de gestão, equipes de referência, assembleias, conselhos de saúde e outros. Todos estes compartilhariam de uma mesma característica: podem se constituir como zonas de interstício, de trânsito, de “dentro-fora” (Kaes, 200, *apud* Miranda, 2013).

Onocko Campos (2005: 577) entende que a gestão deve se constituir “como uma instância, como um lugar e um tempo onde se possa experimentar a tomada de decisões coletivas e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido”. Trata-se de ‘lugar e tempo’ compartilhados, o que conforma um *setting* subjetivo com a função de possibilitar a circulação da fala e da autorreflexão entre os profissionais, aumentando o grau de análise das práticas, mas também a compreensão e o manejo de estados pulsionais inconscientes, sobre os quais se constrói o próprio trabalho. Espera-se que nestes espaços as questões e os sentimentos despertados pelo trabalho em saúde permaneçam vivas, “podendo ser analisadas e não recalçadas e não se transformem em atuações perversas ou burocráticas quando da relação entre profissionais, usuários e comunidade” (Onocko Campos & Campos, 2006:686). (MIRANDA, 2013, p.113).

Para Miranda (2013) a cultura organizacional interfere diretamente na forma como os atores sentem, pensam e percebem os problemas. Como não há possibilidade de controle ou previsão, a mudança organizacional depara-se com muitos fatores adversos, como por exemplo a coexistência de pessoas que agem, pensam e sentem de formas diferentes, porém que compõem o mesmo quadro de uma organização. Este encontro com o outro, com a alteridade, é fundamental no processo de mudança e é daí que pode partir a inteligência prática e a ação criativa (Dejours, 1997) e, por essa razão, é aí mesmo que se encontra a potencialidade criativa das equipes interdisciplinares. O maior desafio encontrado neste tipo de formação, portanto, está na disposição de encontrar uma colaboração na busca de pontos que façam dialogar posições inicialmente antagônicas sem perder as especificidades necessárias (FURTADO, 2007 *apud* MIRANDA, 2013). Isso implica a possibilidade de tolerância a um funcionamento de níveis heterogêneos, somada à aceitação da interferência de lógicas diferentes (KAËS, 2002, *apud* MIRANDA, 2013). Um complexo caminho que se alterna entre as esferas coletivas e singulares. Vejo isto como algo bem próximo ao que Luís Cláudio Figueiredo (2007) trouxe quando nos fala das posições de implicação e reserva.

Um ponto importante e fundamental que acredito ainda não ter citado é o fato de os ambulatorios desta rede, assim como o utilizado como objeto de estudo para pensarmos as práticas de cuidado, serem atravessados fundamentalmente pela psicanálise como referência teórica, não de todos os seus componentes, mas de grande parte deles. A supervisão clínica, por exemplo, era realizada por uma analista com longo tempo de experiência e, portanto, o modo de olhar e intervir sobre as práticas dos profissionais estava inevitavelmente em diálogo com a psicanálise. Nisto encontrávamos respaldo nas concepções de transferência, inconsciente, a busca pelo não lugar de suposto saber, etc.

É necessário frisar que não havia uma imposição de que todos fossem conhecedores da abordagem, ponto que também sustento quando penso em todos estes elementos emergentes de análise. Não é necessário que todos compartilhem dos mesmos preceitos e concepções de qualquer que seja a abordagem mais presente em um serviço; no entanto, o que podemos constatar é que a psicanálise, na singularidade que lhe cabe, parece dialogar de maneira muito pertinente aos preceitos trazidos pela RPB. Birman (1994) esclarece esta singularidade da teoria psicanalítica nas mais diversas clínicas:

a experiência psicanalítica admite diversas possibilidades de clínica, desde que nesta diversidade sejam reconhecidas as condições epistemológicas e éticas para a construção do espaço psicanalítico, isto é, uma experiência centrada na fala, na escuta e regulada pelo impacto da transferência (BIRMAN, 1994, p. 27).

Trazer a psicanálise como ponto de discussão na análise deste emergente não diz respeito a uma posição de sustentar que esta teoria é melhor que outras, nem mesmo trazer à tona qualquer discussão que nos leve a uma disputa de qual abordagem deve ser a base do trabalho em SM, apenas, aponto para o fato de que uma das singularidades destas práticas de cuidado estava em dialogar com uma teoria que compreende a clínica da forma como Birman (1994) nos pontuou acima.

É interessante notar que as práticas em si realizadas neste ambulatório não são distintas das utilizadas em outros serviços: atendimentos individuais e grupais; oficinas terapêuticas, atividades de lazer no território, reuniões de equipe, etc. Nem eram distintas de outros serviços as categorias profissionais lá presentes (exceto pela presença dos ADS, particularidade desta rede): psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeira e secretária. A singularidade, portanto, estava na possibilidade deste ambulatório receber casos que transitam entre sujeitos em extrema vulnerabilidade social, em quadros crônicos de alcoolismo, psicóticos graves, até neuróticos em algum nível de sofrimento – o que não é previsto pela RAPS e, com isto, trouxe o debate acerca da necessidade de modificação de sua complexidade.

Ao longo da experiência como trabalhadora do serviço isto me parecia ser um alerta para a rica possibilidade de coexistirem num serviço pessoas tão diferentes, ao passo que também fez a equipe se mobilizar e trabalhar para ampliar seus instrumentos – processo que hoje avalio como sendo um fator que auxiliou em atos de flexibilização das posições de seus componentes.

Para além, inclusive, desta diversidade há o que Viganò (1999) sustenta, a respeito do trabalho de construção de um caso que resultará no projeto terapêutico realizado pela equipe: ele opera um corte transversal em todas as figuras profissionais, pois interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde este constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento.

Os casos de Marta, Cláudio e Celso me exigiram a elaboração de intervenções muito distintas, ao passo que também pude perceber que a convivência entre estes usuários e tantos outros que ocupavam o corredor de espera do ambulatório ia parcialmente modificando as suas formas de lidar com a diferença.

A existência de um serviço que possui uma atuação e complexidade distintas da normativa, mas que pode, em determinados momentos, garantir um cuidado que é construído a muitas mãos a partir da demanda de seu território, para mim, pode ser entendido como um potente argumento para sua manutenção, uma vez que vem ao encontro de uma não tecnificação do cuidado, mantendo no sujeito seu enfoque, bem como ampliando os horizontes do olhar e do saber. Isto só seria possível a partir deste exercício cotidiano da dúvida a respeito de qual o cuidado necessário, apoiado, claro, nos conhecimentos já construídos e nas experiências anteriores, mas que não foram absorvidos como verdades exclusivas. O espaço da supervisão neste ambulatório transmite uma posição deste serviço, nesse sentido. Este posicionamento de interrogação já pontuado aqui através de Cecílio (2007) nos coloca uma necessária mudança na gestão e organização do cuidado, logo, uma abertura à possibilidade de uma rede de SM responder de forma singular às suas ofertas / demandas.

Afora os momentos de encontro com a gestão para discutir acerca da mudança de complexidade do ambulatório, como já exposto anteriormente, não presenciei nenhum outro momento em que esta equipe refletiu sobre a sua missão ou responsabilidade assistencial e algumas sugestões ficaram apenas no status de 'plano' para que estudássemos melhor a portaria da RAPS e construíssemos grupos de estudo sobre.

De certa maneira era como se o lugar e a especificidade do ambulatório na rede já estivessem dados. As indicações feitas aos CAPS, na recepção / porta de entrada, ao que pude acompanhar, se davam nos casos em que o usuário morava na região de referência do serviço ou quando o caso exigia um grande nível de atenção diária (pois não tínhamos estrutura física e de recursos humanos para tal). Na situação precária em que nos encontrávamos foi necessário fechar a porta de entrada do serviço e passamos a atender apenas as emergências ou a realizar

cadastros de reserva. Nestes momentos sim, houve debates calorosos a respeito desta decisão, mas eles não chegavam a abranger a especificidade do serviço, se encerrando na questão da capacidade de seguir oferecendo o trabalho.

Por último ponto gostaria de refletir sobre o processo violento e mortífero presente nas instituições e que se contrapõem, numa perspectiva psicanalítica, às forças de ligação e de criação, portanto, relativas à possibilidade de manter viva a singularidade de um serviço. Ao que a experiência pode nos mostrar parece que estas forças destrutivas se manifestaram de forma muito contundente através de dois movimentos: na violência da substituição em massa dos trabalhadores e da asfixia da rede pela falta de insumos e recursos gerais, por um lado, e pela rigidez de parte dos trabalhadores do ambulatório de SM, a despeito de seus movimentos no FTSM, por não conseguirem criar um lugar novo para si mesmo, diante desta realidade.

Destrinchando: é evidente que a substituição em massa dos profissionais e a ausência de insumos básicos colocava em xeque o trabalho realizado pela rede como um todo, mas para não perdermos o enfoque do ambulatório explorarei apenas as implicações disto no serviço. Em primeiro lugar, posso dizer que passou a existir no ambulatório uma tensão generalizada dos trabalhadores e usuários sobre a manutenção do trabalho ali realizado. Os trabalhadores preocupados com a ameaça de seus empregos e salários, além da preocupação com o vínculo dos usuários que acompanhavam. Já os usuários estavam temerosos com a perda de suas referências, já agravada pela ausência de outros recursos - como visitas domiciliares, medicamentos, passagens, etc. Este cenário trouxe diversos sentimentos que se alternavam: medo, raiva e desânimo acredito que eram os principais.

As poucas conquistas do FTSM disseram respeito ao repasse de verbas e de material, tanto aos serviços quanto aos profissionais (salários). No entanto, o que pudemos constatar à época é que estes repasses sempre priorizavam os CAPS e o Hospital Psiquiátrico, principalmente no que diz respeito ao repasse de materiais e de reparos da estrutura física – mesmo que ainda fossem em quantidades muito aquém das reais necessidades daqueles serviços. Este é um ponto que pode nos levar à reflexão dos desafios encontrados para o desenvolvimento e a manutenção deste cuidado, que estou nomeando como singular, realizado pelo ambulatório e em sua relação com a gestão. Havendo um claro desinvestimento neste tipo de ambulatório, não se pode esperar que ele consiga sobreviver por muito tempo.

Pelo lado da equipe, como já pontuado, havia uma ausência de zona de confiança estabelecida, o que de certa maneira pareceu lhe fixar - horas em uma postura de tentar manter o serviço funcionando a todo custo e da forma possível; horas impedindo que os profissionais

se organizassem de forma ativa e coletiva nas mobilizações políticas que, há época, pareciam ser a única maneira de modificação deste cenário catastrófico.

Sucateamento de um lado, fixidez de outro, eis a fórmula mais eficaz para que a possibilidade de criatividade seja destruída. Não posso deixar de perceber que isto tudo está voltado a uma rede recentemente construída por uma luta potente e também muito nova que é a luta antimanicomial. Estas forças destruidoras atacam um movimento muito novo de mudança dos paradigmas sociais em relação à loucura. Isto me traz a sensação de que o pouco tempo de construção desta mudança já foi necessário para reavivar, por parte da gestão, toda sua resistência na ampliação e qualificação deste trabalho – e, pior, numa ação clara de desmonte. A singularidade do campo da SM ainda parece incomodar - e muito.

Por todas as razões expostas e cenas trazidas avalio que a existência dessas práticas de cuidado ofertadas pelo ambulatório aponta para um lugar muito característico e importante nesta rede. É necessário que olhemos com cuidado para sua possibilidade de manutenção, principalmente enquanto a rede não apresentar uma estrutura mais ampla e sólida de outros dispositivos como CAPS I, II e III, residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospital geral, unidades de acolhimento, centros de convivência, etc. É fundamental que se possa caminhar em direção à construção desta estrutura para que, daí sim, se possa reavaliar a permanência ou não de um serviço que, atualmente, é parte integrantes desta rede, realizando um cuidado singular e dando um significativo suporte ao atendimento em SM deste município.

Uma observação que gostaria de compartilhar a respeito disso é que, neste aprofundamento sobre o trabalho realizado no ambulatório, é delicada e frágil uma avaliação sobre sua potencialidade diante de um contexto tão duro. Os conflitos e impossibilidades ali encontrados fazem parte deste modo de organização do cuidado ou, como em qualquer equipe, do modo de funcionamento psíquico deste grupo? Quero dizer com isto que sempre acreditei na potencialidade do cuidado ali oferecido, apesar de eu mesma ter desacreditado, diante do cenário e da reação dos profissionais do ambulatório, na possibilidade de construção de uma equipe que pudesse sustentar um trabalho a partir dos preceitos fundamentais do cuidado em SM.

Até aqui tratei dos processos internos a este serviço, mas existem também a forma como este serviço se relacionava com o território em questão e com os demais serviços (de SM e da rede) na tentativa de articulação de um trabalho. No item a seguir farei uma breve explanação sobre as questões relativas à integralidade neste trabalho.

5.5 Integralidade

A esta altura já posso confirmar que em um trabalho da magnitude que a SM solicita não será apenas dentro das paredes da instituição que encontraremos as respostas necessárias para o cuidado, mas sim na construção de múltiplas possibilidades junto à sociedade e aos demais serviços existentes. Nesse sentido a potência de construção de um coletivo, tanto interno ao serviço quanto com a rede, apresenta-se para mim como o caminho fundamental para a construção de um espaço necessário e potente no trabalho eminentemente intersetorial e psicossocial do cuidado em SM. Este é o ponto que nos leva à Integralidade como elemento emergente de análise.

Antes de mais nada Mattos (2009) nos diz que integralidade é: uma das diretrizes básicas do SUS; indica uma integração das ações e dos serviços públicos de saúde, próprio das noções básicas sobre saúde da constituição de 1988; e, mais do que uma diretriz, ela indica uma bandeira de lutas por aquilo que se acredita ser fundamental no modo como se estrutura o sistema de saúde; é um conjunto de valores que indicam um ideal ao qual se pretende chegar e pelo qual se acredita que vale a pena lutar, por esta razão o autor a nomeia de ‘imagem-objetivo’ (p. 45) - uma imagem-objetivo compreende algo que ainda não existe e, por essa razão, indica o alcance, num dado tempo, de algo real que ainda está no horizonte; a integralidade é fruto de uma visão crítica e de uma luta de um dado setor da sociedade que não aceita a realidade como está dada; não tem caráter específico no sentido de descrição de um projeto detalhado, portanto, compreende uma diversidade de realidades, já que não afirma como algo tem que ser; é polissêmica, posto que é fruto da contribuição de diversos sentidos e atores que podem, inclusive, partir de um mesmo valor, mas que desejem alcançá-lo por caminhos distintos.

Desta forma, para o autor, não há como chegarmos a uma caracterização do que é integralidade, pois isso poderia calar a expressão de alguns dos atores que lutam pelas causas do SUS caso possuam uma compreensão um tanto distinta da que seria descrita. Ele propõe, então a reflexão sobre três grandes eixos possíveis de sentidos à integralidade que servem aos profissionais de saúde de modo geral: sobre as práticas dos profissionais, sobre a organização dos serviços (o modo de organizar estas práticas) e sobre as respostas governamentais aos problemas de saúde (a configuração de políticas específicas).

Em relação à primeira – a prática dos profissionais – estão os valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, ou seja, é a forma como os profissionais respondem aos usuários que atendem e esta seria a maior marca do sentido de integralidade: a busca por uma compreensão de um conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente

necessita. Isso tem como base a identificação das necessidades abrangentes do sujeito atendido, não apenas os sintomas ou queixas pontuais por eles relatados. Seria a busca por um lado em “gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e, de outro, levar em conta as necessidades que não se reduzem à prevenção e ao controle das doenças” (MATTOS, 2009, p. 56)

A ampliação da percepção das necessidades, configura, portanto, a integralidade como uma dimensão das práticas, realizada no encontro entre profissional e usuário. No entanto, o autor nos faz um importante alerta, o de que isto não depende apenas da vontade dos profissionais envolvidos, sendo necessário considerar que a forma como tais práticas estão configuradas na sociedade pode facilitar ou dificultar a realização desta integralidade, “por exemplo, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário (para citar dois exemplos entre tantos possíveis), pode impedir que se preste um atendimento integral” (MATTOS, 2009, p. 56). Nesse sentido,

Seria integralidade uma atitude de certos profissionais, ou uma marca das práticas desses profissionais? A noção de atitude pode trazer consigo, por um lado, uma ideia individualista, pois as atitudes seriam atributos de indivíduos. O desenvolvimento de atitudes se faria através de processos que também incidem sobre indivíduos. Mas nesse modo de pensar sobra pouco espaço para a organização do trabalho de uma equipe, de modo a garantir a integralidade, (...). Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (MATTOS, 2009, p.55).

Como segundo ponto – sobre a organização dos serviços– o autor nos diz que:

Nesse contexto, a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada desde o serviço expressa o diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional. Diálogo que serve como ponto de partida para outras tantas ampliações, que ainda estão por ocorrer (MATTOS, 2009, p.61).

Já o terceiro ponto da integralidade a respeito das respostas governamentais aos problemas de saúde, abrem-se duas questões: tanto dos atributos das respostas do governo a

alguns problemas de saúde específicos ou a necessidades de grupos em particular, quanto à convicção de que seria o governo o responsável por responder à integralidade como uma questão de saúde pública, devendo incorporar nestas ações tanto as possibilidades de prevenção como as de assistência.

Este terceiro sentido à integralidade determina uma recusa à redução do objeto de suas políticas ou mesmo de uma descontextualização dos sujeitos envolvidos e que serão os alvos / os receptores destas ações. Isto implica a capacidade que estas políticas possuem de abarcar os diversos grupos sem perder de vista suas especificidades, posição esta que pode exigir uma transgressão nos espaços das políticas setoriais.

Esta é uma visão mais ampla do conceito na saúde, mas, especificamente no campo da SM, como esta questão é tratada? Segundo Alves (2009, p.171), integralidade “lida necessariamente com os seguintes conceitos: inclusão, exclusão, seleção e cobertura, sendo composta pelas naturezas ideológica e técnica”. Sendo que:

A primeira diz respeito à condenação da segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio, e a segunda, ao negar o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício. A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determinam um olhar “integral” da situação. A pergunta que se segue é: que modelo adotar para atender à integralidade? Temos acompanhado a formulação proposta por Benedetto Saraceno, diretor do Departamento de Saúde Mental da OMS, segundo a qual ele insiste na necessidade de se superar a ideia de modelos e trabalhar com premissas. A que melhor define a qualidade de um programa ou projeto em saúde mental é a decorrente do conceito de acessibilidade (ALVES, 2009, p. 174).

O caso de Cláudio nos mostra que as fragilidades estruturais, financeiras e de recursos humanos dos serviços assistenciais aos quais estava referido estabeleceram limites muito claros às intervenções e construção de um trabalho em consonância com as necessidades e desejos daquele sujeito atendido - mesmo que houvesse da parte do ambulatório e do abrigo uma árdua tentativa de realizar um trabalho em conjunto. A ideia defendida de que o sujeito é do território e é lá e para lá que o trabalho deve se direcionar não é algo tão claro e simples quanto pode aparentar. De fato, parece que há um serviço que precisa de certa maneira tomar o caso em mãos e realizar alguma gestão disso com os demais - gestão, claro, sempre aberta ao diálogo e reconstruções necessárias. Na normativa, é o CAPS o responsável por esta ação, no entanto, na prática do ambulatório, éramos nós quem, na maior parte das vezes, assumíamos esta posição com os serviços da rede (fossem eles a internação do hospital psiquiátrico, os serviços

assistenciais, a justiça, etc.). Esta situação nos mostra, inclusive, uma das particularidades do trabalho realizado pelo ambulatório: na normativa, o dispositivo responsável por esta articulação é o CAPS, neste território havia diversos CAPS e eles realizavam este trabalho com os usuários lá referenciados, mas os ambulatórios também faziam este papel quando se tratava dos usuários lá atendidos. Havia nesta rede, portanto, dois dispositivos que ocupavam tal função e essa convivência, até onde pude perceber, se dava de forma pacífica.

Na articulação entre os serviços, no entanto, o que podemos constatar é que há uma significativa fragilidade intersetorial para os casos complexos. Isto compromete o que aqui já discutimos sobre a necessidade de um trabalho em equipe para que a clínica possa estar pautada no sujeito.

Consideramos componentes indissociáveis da integralidade: a intersetorialidade e a diversificação. Se nos propusemos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente (ALVES, 2009, p.175).

Dentro do ambulatório o trabalho dos ADs era o que mais tocava esta questão. Estes profissionais tentavam atuar de forma muito integrada a outros setores - de cultura, de transporte público, de trabalho, de educação, etc. No entanto, tal trabalho encontrava muitos obstáculos, para exemplificar apenas uma situação, havia a questão de os usuários só receberem auxílio transporte no valor exato do número de deslocamentos necessários para os atendimentos que receberiam no serviço. Ou seja, de acordo com a quantidade de sessões com o psicólogo ou de consultas com o psiquiatra, era contabilizado quanto este sujeito receberia em seu cartão de transporte. Para lidar com essa situação, que reduzia muito a possibilidade de o sujeito transitar no território, o que é parte fundamental na vida de qualquer cidadão e também pode ser considerado como parte do tratamento, a equipe sempre se comunicava com os usuários e as ADs, de forma que também fossem contabilizadas as demais atividades previstas, ao menos para garantir, nos formulários que eram assinados pela equipe, a quantidade de passagens necessárias.

Confirmo a partir desta experiência que as influências exercidas pelo cenário mais macro em que estão inseridas as práticas de cuidado de fato influenciam a possibilidade de uma ação que desenhe e ofereça formas distintas de cuidado. Portanto, a questão se desenha da seguinte maneira: quais são as reais possibilidades de um trabalho deste tipo se manter em meio a um cenário que é todo recortado pelas fragilidades intersetoriais?

Mattos (2009, p.47) afirma categoricamente que a luta pelo SUS defendido na constituição ainda não se encerrou e segue viva “no interior dos serviços de saúde, nas reuniões de técnicos e gestores do SUS, nos seus diversos níveis, nas novas arenas de negociação e pactuação entre gestores e nos debates nas instâncias que contam com a participação popular”. Para o autor a integralidade ainda continua sendo uma diretriz pela qual se deve lutar e ainda segue como um valor e indicador da característica que desejamos em nosso sistema de saúde.

No ambulatório encontramos alguns caminhos para lidar com esse cenário, em primeiro lugar, a insistência num cuidado mínimo a ser ofertado, em segundo, uma organização dos distintos profissionais e especialidades para atuação nos casos, de forma que a equipe de certa maneira ia se dividindo para atuar de um modo mais completo dentro de cada projeto terapêutico individual, e, por fim, e não menos importante, a possibilidade de estar junto à rede de saúde mental em espaços que estavam abrindo novos caminhos de ação para uma mudança mais efetiva deste cenário de precariedade.

Se a saúde é um processo que não pode ser compreendido como um fim em si mesmo, mas sim como um fator que está associado a tudo que integra e constitui a vida dos sujeitos, incluindo o conceito de protagonismo (CZERESNIA, 2009), isto aponta para a necessidade da equipe atuar junto aos usuários naquilo que pode agir sobre sua vitalidade física, mental e social para a atuação frente aos desafios e às transformações sociais.

Segundo Campos (2000, *apud* MIRANDA, 2013) o trabalho em saúde seria aquele que tem como finalidade produzir saúde e também aumentar a capacidade de reflexão e ação autônoma dos profissionais e usuários.

A questão da autonomia deve ser compreendida como algo relativo, pois ela não significa uma liberdade absoluta a ser conquistada por um sujeito, mas, na verdade, a possibilidade deste em se relacionar com uma rede de dependências interpessoais e em constante correlação com o sistema jurídico, econômico, social e cultural que o rodeia. Ela não está ligada apenas às suas possibilidades, mas também ao mundo que o cerca e as influências que sofre neste processo, ao quanto de cultura e de informação tem acesso, a leis mais ou menos flexíveis e democráticas, de forma que esse sujeito possa construir uma interpretação e avaliação crítica do mundo, assim como também consiga interferir sobre o meio. É por esta razão que se nomeia “coprodução de autonomia” (ONOCKO CAMPOS & CAMPOS, 2006).

Quando suscito as questões acima mencionadas, de certa forma, me vem ao pensamento que lidar com as possibilidades dos profissionais de SM apostarem na criatividade, na construção de vínculos, na superação da crise e na produção de um trabalho coletivo está

diretamente ligado à noção de responsabilidade que cada um destes sujeitos sente em relação a este trabalho, já que desejar a criação de novos modos de estar e lidar com o meio aponta para um desejo de ali permanecer. Caso contrário, as pessoas desistiriam, não? Há que se estar imbuído de uma noção de pertencimento e corresponsabilidade pelo andamento de um trabalho para dentro dele promover mudanças que o tornem mais vivo, mais possível e potente - ao menos assim me parece.

Este ponto dialoga diretamente com a noção de integralidade de Mattos (2009), não apenas como uma diretriz que norteia um trabalho mas como um desafio a ser costurado todos os dias em um serviço de SM, dentro de um território.

Nesse sentido, Filho et. al (2004) alertam para um fechamento dos profissionais ao setor saúde de forma que suas ações, políticas e conceitos acabam, por vezes, não conseguindo dialogar com outros setores econômicos e sociais, ou mesmo encontrando barreiras entre os próprios profissionais da saúde.

Esse alerta ilumina uma característica presente à época, tanto no ambulatório quanto no FTSM. Começo pelo ambulatório: localizado dentro de uma policlínica, apresentava inúmeras dificuldades na discussão dos casos entre os profissionais e sobre a condução na oferta de cuidado com os demais setores. Lembro de duas situações específicas em que isso ficou muito presente: no caso de um sujeito paranoico, que nomearei ficticiamente de Bruno, acompanhado por outra psicóloga do ambulatório ao mesmo tempo em que era regularmente visto por outro setor devido a um quadro clínico orgânico que exigia cuidado; já o outro caso diz respeito à existência de um psiquiatra cujo setor e especialidade estavam ligados à clínica de idosos.

Bruno era um sujeito que exigia manejo constante da equipe, devido à forma como se apresentava, muitas vezes ríspido e ameaçador (mesmo que, em minha avaliação, por vezes estivesse apenas exercendo seus direitos de cidadão e apontando de forma clara as falhas do serviço). Tal situação gerou inúmeros questionamentos acerca de sua expulsão daquela policlínica, sendo necessária a intervenção contínua de alguns profissionais do ambulatório para compartilhar com os demais profissionais sobre as especificidades de seu quadro psíquico e a tentativa de construção mínima de um trabalho que pudesse acolher isto. Havia, de um modo geral, uma postura mais rígida dos profissionais de outros setores a respeito de Bruno, seja por desconhecimento das peculiaridades de seu quadro psiquiátrico, seja pela recusa à tentativa de compreensão disto. Não era fácil encontrar meios para uma mudança na forma de se dirigir a ele, ou realizar alguma intervenção – inúmeras vezes estes profissionais questionaram se, de

fato, Bruno precisaria de um olhar atento e um manejo específico, pois avaliavam que suas atitudes eram fruto de má educação ou de provocação.

Essa postura também era encontrada em alguns membros da equipe do ambulatório, mas talvez a existência de espaços como a supervisão e a própria especificidade do trabalho em SM auxiliassem na busca por caminhos distintos do da ‘expulsão do serviço’, embora isso nem sempre significasse uma convivência pacífica com o usuário.

Já o Psiquiatra, especialista na clínica de idosos, insistia em encaminhar ao ambulatório todos os idosos que por ventura tivessem apresentado qualquer quadro que referisse algo da SM, como por exemplo uma leve depressão na juventude ou um comportamento que pudesse se confundir com um delírio/alucinação, etc. Mesmo após todas as tentativas de conversa e trocas com este profissional, não era possível um trabalho em conjunto. A compreensão dele de atendimento estava delimitada a quadros muito específicos, como Alzheimer, outras demências, etc. Esse parece ser um exemplo muito didático do ponto de entrave entre a SM e o campo da saúde mais geral e pode, inclusive, nos fazer recair numa visão um tanto maniqueísta sobre a relação entre a equipe do ambulatório de SM e as equipes das demais especialidades da policlínica - como se apenas os profissionais de SM fossem capazes de uma visão mais integral sobre os pacientes e de uma atuação multiprofissional. Isto certamente seria um equívoco.

Com essas duas situações apenas gostaria de pincelar cenas, não tão incomuns, da dificuldade de diálogo do ambulatório com os demais setores da policlínica e, certamente, o inverso pode ser facilmente encontrado se realizada uma reflexão mais profunda das reações adversas dos profissionais de SM às condutas e ações de outras especialidades. Um exemplo disto está logo no parágrafo abaixo.

No FTSM consigo hoje destacar uma fragilidade em sua articulação com os demais serviços de saúde. É notável o apelo popular quando questões relativas ao sistema de saúde estão precarizados – mídia, autoridades, profissionais e usuários se posicionam de forma enfática quando o cenário está inviável. A SM faz parte disso, porém, de alguma forma ainda estava insuficiente este posicionamento dos trabalhadores da rede, apesar de aqui não poder afirmar as razões para isto – pelo pouco tempo que o Fórum existia? Pela sua não identificação como parte da rede de saúde geral? Pelo alarmante cenário da SM no município que acabou inviabilizando a concentração de forças para esta articulação? Não teria, neste momento, suporte técnico e teórico para responder a essa complexa questão.

Para finalizar, não só a análise deste emergente, como também encerrar este capítulo, gostaria de apontar que encontrei alguma dificuldade em abordar este elemento, dificuldade

esta que, avalio, se aproxima muito da encontrada em sustentar a discussão desta pesquisa em meio a uma realidade atual de tamanho desmonte dos serviços de SM no país, como já referi anteriormente. Há uma delicadeza necessária e muito sutil em criticar algo que ao mesmo tempo defendemos, por essa razão avalio interessante fechar este tópico com uma reflexão de Mattos (2009) que retoma um posicionamento meu defendido desde o início da pesquisa:

As noções de integralidade, assim como os demais princípios e diretrizes do SUS, foram forjadas num lugar de oposição, a partir de uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde. Entretanto, os que defendem o SUS hoje o fazem de um lugar híbrido de situação / oposição. Como defensores do SUS, são por vezes instados a defendê-lo frente a ataques críticos, ao mesmo tempo em que têm o compromisso de seguir criticando as imperfeições do SUS para superá-las. Dificil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos (MATTOS, 2009, P.47).

Dito isto, acredito que podemos passar as considerações finais da pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro ponto pelo qual gostaria de iniciar estas considerações diz respeito à aventura e aposta na construção de uma metodologia que partiu dos obstáculos que fui encontrando durante a pesquisa. Minha formação na clínica da SM pela via da psicanálise encontrou no estudo da saúde pública alguns suportes de diálogo, porém, modos distintos de abordagem do objeto a ser pesquisado, o que tornou necessária uma série de tessituras que não cabiam em uma metodologia já desenhada, da qual pudesse me apropriar com apenas alguns ajustes. O campo da subjetividade como algo estruturante deste objeto de pesquisa, que circunscreve práticas de cuidado, exigiu a reunião de aportes teóricos para um olhar mais interdisciplinar.

Faço uma avaliação positiva desta aposta que, de algum modo, formula pontes que vão dos modos de funcionamento psíquico inconscientes, tanto individuais quanto grupais, à organização de uma rede de assistência em saúde. A utilização da psicanálise como um dos nortes de diálogo, tanto para embasar o trabalho realizado no campo da SM, quanto na fundamental contribuição à construção do caso, se deu a partir da concepção de que Freud construiu uma teoria da cultura e da gênese social sem ser pela analogia ao funcionamento do indivíduo. Para ele, construir o caso era também construir a teoria, ou seja, tal posição ajudou nesta aposta de usar os casos clínicos como uma mediação para se pensar a articulação psicossocial existente nas práticas de cuidado do ambulatório. A construção de um caso é o discurso mesmo do psicanalista, que parte sempre do particular. No campo da SC, este caminho de pesquisa não é tão comum. Nesta pesquisa, o discurso do psicanalista, se assim pudermos nomeá-lo, assume a voz do sujeito pesquisador mediado pela alteridade dos diferentes sujeitos do campo pesquisado, aqui presentes pela via do trabalho da memória e da construção. Assim, o que os resultados aqui apresentados indicam é que é possível e rico discutirmos de forma mais ampla um objeto, mesmo que partindo das singularidades de cada experiência.

Utilizei como ferramenta a Narrativa das práticas de cuidado que enriqueceram e deram vida ao desenho de uma rede, podendo traduzir, pela via da rememoração, as vivências singulares experienciadas por mim no período em que estive como profissional no ambulatório, em interlocução com os sujeitos e grupos ali presentes. Esta narrativa, como todo método a ser utilizado em uma pesquisa, possui seus limites e, neste caso, é evidente e importante ressaltar mais uma vez que a descrição dos sujeitos atendidos, das práticas de cuidado ofertadas, assim como a complexidade do cenário e do serviço em que estavam inseridas, são fruto da forma como pude rememorar-los, a partir de um árduo trabalho que contou com a orientação como

suporte fundamental para que estas vivências pudessem ser apreendidas de modo não cristalizado, mas sim abertas ao diálogo, às dúvidas e reconsiderações. Em consonância com Figueiredo (2004), esta narrativa apontou que o trabalho em equipe é bastante complexo, de forma que o modo como as equipes - logo, as práticas de cuidado - se estruturam também é decisivo para o destino da clínica em SM.

Nesse sentido, a Psicossociologia de base analítica auxiliou no processo de análise, posto que compreende que uma avaliação mais completa e complexa de um serviço e do trabalho ofertado deve estar articulada necessariamente à relação que os sujeitos estabelecem entre si e com as instituições onde realizam seu trabalho (Guist-Desprairies, 2001). Não foi realizado neste serviço, para análise de suas práticas de cuidado, uma intervenção psicossociológica, porém, isso não impediu que a partir de alguns de seus aportes teóricos principais utilizássemos como baliza para análise das práticas a questão do sentido e do sujeito, marca desta intervenção que pode ser compreendida como prática social e também clínica.

A compreensão trazida pela Psicossociologia parte da concepção de que serviços de saúde, assim como todos os grupos, são um espaço eminentemente intersíquico, além de material, normativo e político. (SÁ et al., 2008). Isso possibilitou que na pesquisa tenha sido dado um destaque a um dispositivo coletivo, compreendido não apenas como espaço para trocas auto-reflexivas, mas também como espaço intersubjetivo comum, no qual se manifestaram processos inconscientes, operadores grupais transpsíquicos e possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo, o que o designa como espaço de articulação psicossocial, de trânsito entre o eu e o grupo, como conjunto intersubjetivo, capaz de oferecer certo suporte e de criar instâncias de análise para as equipes.

De certa maneira, esta postura se aproxima do que Merhy (2002) e Miranda (2013) acenaram como fundamental - a aposta na micropolítica, na escuta dos trabalhadores e de sua participação ativa na construção do trabalho, de forma que todos tenham espaço para serem ouvidos efetivamente no processo, sendo permitidas a criatividade e a autonomia. Isto seria o que o autor nomeia de trabalho vivo.

Como principais resultados da pesquisa têm-se a discussão produzida através dos elementos emergentes de análise – Processos Grupais e Intersubjetivos; Vínculo e Reconhecimento; Crise e Sofrimento nas Instituições, Criatividade e Integralidade. As razões estão abaixo explicitadas.

Processos Grupais e Intersubjetivos: este elemento emergente de análise foi fundamental para um desenho das questões intersubjetivas em jogo no cenário estudado,

trazendo contribuições de análise para todos os demais elementos. Constatou-se que o ambulatório atravessava um período de extrema fragilidade, proveniente de fatores políticos e estruturais, externos e internos ao serviço, o que não possibilitou a construção de um vínculo grupal fortalecido que garantisse tomadas de decisão conjuntas em longo prazo. Este fator potencializou posições mais fechadas ao diálogo e à mudança, o que se tornou, por fim, um obstáculo à construção de um trabalho coletivo, apesar de algumas tentativas da equipe.

Vínculo e Reconhecimento: a questão da importância do vínculo e do reconhecimento como fundantes de um trabalho em SM se confirmou através desta experiência, tanto no que diz respeito ao trabalho construído entre usuários e profissionais, quanto entre estes últimos. A função / lugar do cuidador no ambulatório se alternou entre usuários e profissionais e estes entre si, as mobilizações políticas realizadas ou casos clínicos construídos exigiram que os sujeitos suspendessem seus saberes e novos modos de se relacionar passaram a estar em jogo naquele cenário. Constatou-se que o espaço do FTSM também pode ser considerado, para os profissionais e usuários que o compunham, como mais um fator que contribuiu para o fortalecimento dos vínculos na rede de SM do município.

O vínculo apareceu como algo não restrito às relações de cuidado / terapêuticas de uma equipe / profissional com o usuário, mas também como fruto de todas essas outras interferências existentes naquele território e momento. O duro cenário atravessado pelo ambulatório que, como vimos, não criou um fortalecimento da equipe enquanto grupo, pode nos ajudar a pensar sobre a dificuldade de diálogo entre o FTSM e o serviço - havia uma fragilidade e fragmentação da equipe que dificultou a mobilização conjunta destes grupos e espaços. Embora isto tenha ocorrido, avaliou-se que por um curto período foram possíveis algumas articulações, negociações e ajustes dentro do ambulatório. Pode-se elencar como tentativa de construção e/ou fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores e destes com seu trabalho: a mobilização política da equipe, mesmo que não tenha ocorrido com a mesma intensidade por todos seus componentes, já que foi fruto de um processo árduo de discussões, debates e supervisões para que as pessoas pudessem se ouvir, expor seus pensamentos, trocar ideias e discordâncias, pensar juntas em uma forma de responder como 'equipe'. Em outras palavras, pode-se dizer que esse processo possibilitou um investimento libidinal / afetivo na luta por melhores condições de trabalho.

Crise e Sofrimento nas Instituições: o enfoque dado neste elemento emergente de análise foi a crise do ambulatório que, em alguma medida, também não deixou de dialogar com a crise da rede de atenção psicossocial do município em questão. No entanto, guarda suas

especificidades visto que, como grupo, apresenta sua constituição psíquica própria (ENRIQUEZ, 1994, KAËS, 1991). Partiu-se da noção de crise (KAËS, 1982) como uma ruptura mais profunda no campo social e intersíquico, que pode ser compreendida tanto como desestruturação, quanto possibilidade de fortalecimento de um grupo.

Constatou-se que as reuniões e supervisões de equipe do ambulatório foram diretamente atravessadas pelo cenário mais macro, potencializando os conflitos internos ao serviço e ao trabalho em conjunto. Como uma das soluções criativas geradas neste processo podemos elencar a proposição dos profissionais do ambulatório em compartilhar com os usuários, de forma clara, a situação que o serviço e a rede atravessavam. Encontrou-se dificuldade dentro da equipe na busca por um consenso sobre transmitir este cenário macro da rede aos usuários.

O resultado de tal ação de compartilhamento foi positivo possibilitando o alargamento das relações de cuidado, a despeito da manutenção dos obstáculos ao acesso à medicação, ao transporte, ao atendimento psiquiátrico no tempo necessário, e tantas outras graves situações vividas pelos usuários.

Outro fator constatado foi a ausência de um espaço de diálogo em profundidade que abordasse os possíveis sentimentos de desagregação e o sofrimento da equipe com tudo que passava e com as incertezas que o cenário gerava.

Quanto à criatividade: em resposta aos questionamentos iniciais pontuados acerca de como garantir flexibilidade na implantação de serviços e práticas de cuidado, de modo a contemplar a especificidade/singularidade das situações/casos, contactou-se que isso gira em torno desse elemento, ou seja, da possibilidade da gestão estar aberta às noções de vínculo e de criatividade, tão necessárias no trabalho em SM para possibilitar a existência de espaços de diálogo e de construção coletiva nos serviços (supervisões clínico-institucionais, reuniões de equipe, etc.), em que zonas de confiança sejam estabelecidas para que os afetos e os sujeitos ali envolvidos possam ser reconhecidos e ter lugar - isto é a base da possibilidade de construção de um trabalho coletivo (FIGUEIREDO, L.C, 2007; MIRANDA, 2013). No cenário estudado a possibilidade de criação destes fatores estava comprometida, pois os coordenadores eram cargos de confiança da gestão, que se posicionava contra as solicitações do FTSM, os profissionais possuíam o frágil vínculo RPA, os usuários estavam cada vez mais desgastados com as ausências de medicamentos, de atendimentos, etc.

Neste sentido e neste cenário recém construído pela RPB outra postura necessária dos trabalhadores e gestores está em reconhecer o usuário-fabricador e incorporá-lo como parceiro na fabricação do sistema (CECÍLIO, 2012). O reconhecimento, por parte da gestão, de que para

a configuração e a construção de práticas de cuidado é vital a participação de todos os atores envolvidos aponta o lugar a ser ocupado por gestores, gerentes e trabalhadores. É fundamental que possamos conseguir vislumbrar, aceitar e traduzir esta particularidade para a formulação de estratégias concretas de operacionalização dos processos de trabalho. O caso de Marta e Cláudio foram exemplos disto.

Uma singularidade identificada no serviço foi a possibilidade do ambulatório receber casos que transitam entre sujeitos em extrema vulnerabilidade social, em quadros crônicos de alcoolismo, psicóticos graves, até neuróticos em algum nível de sofrimento, o que não é previsto pela RAPS. O espaço da supervisão neste ambulatório auxilia este trabalho.

Havia, no entanto, para os profissionais, um fechamento ao lugar e especificidade do ambulatório. A experiência nos mostrou que as forças destrutivas se manifestaram de forma muito contundente através de dois movimentos: na violência da substituição em massa dos trabalhadores e da asfixia da rede pela falta de insumos e recursos gerais, por um lado, e pela rigidez de parte dos trabalhadores do ambulatório de SM, a despeito de seus movimentos no FTSM, por não conseguirem criar um lugar novo para si mesmos, diante desta realidade.

O sucateamento por um lado e a fixidez dos profissionais de outro foi um obstáculo significativo na possibilidade de criatividade.

Em relação à Integralidade, a pergunta “para quê?” da existência destas práticas de cuidado (ONOCKO, 2005) permitiu que nos aproximássemos da vivência de experiências subjetivas novas, que buscaram funcionar, a despeito de toda a precariedade do cenário, como espaço aberto, na tentativa de encontrar alguma coerência com as reais demandas dos usuários, e não apenas como fruto do desejo e das possibilidades dos trabalhadores. Pudemos ver isto no acompanhamento de Marta, no caso de Bruno, nas atividades realizadas em conjunto, usuários e profissionais, para as ações políticas que fervilhavam naquele momento ou mesmo na tentativa do FTSM de se aproximar da Associação de Usuários e Familiares da SM, para que juntos pudessem trilhar caminhos a seguir, a partir de uma organização de demandas que pudessem contemplar a todos. Todos esses exemplos apontam para formas distintas de cuidado. Esta é uma marca importante, mesmo que levemos em conta as inúmeras dificuldades ao longo deste processo, assim como os limites desta atuação.

Pudemos ver as diversas influências entre saúde coletiva e saúde mental, tanto no que diz respeito aos princípios éticos que foram se constituindo para o trabalho no campo da SM, quanto à própria forma de compreensão do cuidado como integral, produtor de autonomia e protagonismo para todos os atores envolvidos. O espaço do FTSM apareceu nesta pesquisa

como potente espaço disparador destas questões, mostrando que este também é um modo necessário de articulação entre clínica e política, de constituição e formação dos sujeitos envolvidos, bem como pode possibilitar que a força dos preceitos da RPB se mantenha viva em cenários cada vez mais desinvestidos e degradados, frutos de uma gestão política duvidosa que, a cada dia mais, impõe sua força de desmonte e precarização em todos os níveis.

Na articulação entre os serviços, no entanto, constatou-se uma significativa fragilidade intersetorial para os casos complexos. No ambulatório, o trabalho dos ADs apontava no sentido de ampliar esta rede e seus contatos. Confirmou-se a partir da pesquisa que as influências exercidas pelo cenário mais macro em que estão inseridas as práticas de cuidado, de fato, influenciam a possibilidade de uma ação que desenhe e ofereça formas distintas de cuidado e de articulação mais integrais.

A SM é uma clínica tão orgânica que todos os atores são atravessados por todos os pontos, variando apenas as formas e intensidades, de modo que os pontos analisadores encontravam eco em qualquer foco que escolhêssemos selecionar. Em alguns momentos isto me trouxe a preocupação em não conseguir realizar uma discussão e análise que alcançassem esta complexidade e, por essa razão, encerro a escrita com a certeza de que o rico material empírico que a construção desta narrativa possibilitou, através da reconstrução dos casos clínicos e do cenário macro / micro em que estavam inseridas as práticas de cuidado, pode e deve ainda ser analisado e discutido para muito além desta dissertação.

Gostaria de finalizar com uma observação importante: algumas das referências teóricas aqui utilizadas, principalmente no campo da psicossociologia, compõem um vasto terreno de estudos e pesquisas dos quais tive contato e aproximação apenas a partir da minha entrada neste curso de mestrado e, portanto, tenho consciência da necessidade de aprofundamento nestes estudos para que, com o passar do tempo, possa me apropriar de forma mais contundente, mais firme e mais transversal. As análises aqui formuladas são um primeiro passo desta caminhada e tenho a certeza de que não se encerram como certezas, apenas abrem portas para que novas interpretações e olhares surjam com o passar do tempo, da discussão e da leitura dos autores com quem compartilho de muitas ideias, mas que também me trazem dúvidas e críticas. Acredito que isso é inerente a qualquer pesquisa, posto que nenhuma teoria está fechada a esses processos, logo, não coloca em situação inferior o conhecimento aqui produzido.

Esta pesquisa consiste, portanto, para mim, em um primeiro passo para a apresentação de algumas questões que, espero, abram caminho a diversas trocas com outros pesquisadores,

profissionais, leitores e interessados na temática. Desejo que este trabalho não represente uma produção fechada, mas sim um ponto de partida e um convite ao debate.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Domingos Sávio. **Integralidade nas Políticas de Saúde Mental**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde 8ª Edição, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2 ed. 7ª reimpressão, 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saude soc. [online], São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. p. 16-29.
- AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho (Org). Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- BATISTELLA, C. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BEZERRA, D. S; RINALDI, D. L. **A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial**. Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, junho 2009.
- BIRMAN, J. **Psicanálise, ciência e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 jan. 2017.
- _____. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatório_final_IV_cnsmi_cns.pdf. Acesso em: 25 jan. 2017.
- BOSI, Maria Lucia Magalhães et al. **Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais**. Physis, Rio de Janeiro. v. 21, n. 4, p. 1231-1252, dez 2011.

CAMPOS G. W. **Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTELLANOS, P.L. **Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais.** In: BARATA, Rita B. (Org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde.* Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997 (p. 31-75).

CECÍLIO, L.C.O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital.** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2): 315-329, 1999.

_____. **É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):508-516, mar-abr, 2005.

_____. **O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.11, n.22, 2007.

_____. **Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo".** *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, n.2, p. 280-289, 2012.

CECÍLIO, L.C.O; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas (SP), 2003. (mimeo).

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2 ed., rev., ampl; 2009. p.43-57.

DESLANDES, Suely Ferreira. **O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual.** In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa Social - Teoria Método e Criatividade.* 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DEJOURS C. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho.** São Paulo: FGV, 1999.

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese.** 12ª ed. SP: Perspectiva, 1995.

ENRIQUEZ, Eugène. **O Vínculo Grupal.** In: LÉVY, André et al.; MACHADO, Marília Novais da Mata et al. (Org.). *Psicossociologia: análise social e intervenção.* Belo Horizonte: Autêntica, 2001, 264 p.

FERRARINI, Pâmela Pitágoras Freitas Lima; MAGALHAES, Livia Diana Rocha. **O conceito de memória na obra freudiana: breves explicações.** *Est. Inter. Psicol.*, Londrina, v. 5, n. 1, p. 109-118, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-

64072014000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p109>.

Acesso

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [On line] 2004, VII. Acesso em: 25 nov. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017778006> ISSN 1415-4714.

_____. **Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial**. Mental, ano III, n. 5, Barbacena, nov. 2005, p. 44-55.

_____. **A Clínica da Atenção Psicossocial: uma proposta da psicanálise**. In: REIS Fº, J.T.; FRANCO, V.C. (Org.). Aprendizagem da clínica: novos fazeres psi. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2007. p. 37-47.

_____. **Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental**. In: GUERRA, A.M.C.; MOREIRA, J.O. (Org.). A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social. Curitiba: Editora CRV, 2010.

FIGUEIREDO, A.C.; GUERRA, A.M.C.; DIOGO, D.R. **A prática entre vários - uma aplicação da psicanálise ao trabalho em equipe na atenção psicossocial**. Bastos, A. (Org.). Psicanalisar Hoje. Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica UFRJ, Rio de Janeiro, Editora Contra Capa, 2006.

FIGUEIREDO, Luís Claudio. **A metapsicologia do cuidado**. Psyche (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 21, p. 13-30, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2018.

FIGUEIREDO, L.C. **Cuidado, Saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante**. São Paulo: Escuta, 2014.

FREUD, S. (1912). **A dinâmica da transferência**. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Edição Standard Brasileira (ESB), v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1915[1914]). **Observações sobre o amor transferencial**. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Edição Standard Brasileira (ESB), v.XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1915). **O inconsciente**. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Edição Standard Brasileira (ESB), v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1923). **O Ego e o Id**. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Edição Standard Brasileira (ESB), v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1937). **Construções em análise. Moisés e o monoteísmo. Esboço de Psicanálise e outros trabalhos**. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 23.

GONDAR, Jô. **Memória individual, memória coletiva, memória social.** *Revista Morpheus - Estudos Interdisciplinares em Memória Social*, [S.l.], v. 7, n. 13, mar. 2015. ISSN 1676-2924. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/morpheus/article/view/4815>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

GUIRADO, M. **Vértices da pesquisa em psicologia clínica.** *Psicologia USP*, São Paulo, v.8, n.1, p. 143-155, 1997.

GUIST-DESPRAIRIES, Florence. **Acesso à subjetividade, uma necessidade social.** In: ARAÚJO, J.N.G e CARRETEIRO, T.C. (Org). *Cenários Sociais e abordagem clínica.* São Paulo: Escuta, 2001, p. 231- 244.

GÜNTER, H. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?** *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 22, n. 2, mai.- ago. 2006. p. 201-210

KAËS R. **Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal.** Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1982.

_____. **Realidade psíquica e sofrimento nas instituições.** In: KAËS, R. et al. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos.* Tradução: Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KEHL, Maria Rita. **Sobre Ética e Psicanálise.** São Paulo: Companhia das Letras. 2002.

MATTOS, R. **Cuidado prudente para uma vida decente.** In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo (Org). *Cuidado. As fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-ABRASCO, 2013.

MATTOS. R. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO: 2009, 8 ed. 184p.

MARIZ, N. N. **Desconstruindo estigmas: o espaço da internação na Reforma Psiquiátrica.** *Práxis e Formação.* UERJ, Rio de Janeiro, ANO 1, 2008, p.1-5.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Ed. Hucitec. 2002.

MIRANDA, L. **Criatividade e Trabalho em Saúde Mental: contribuições da teoria winnicottiana.** In: AZEVEDO, Creuza da Silva; SÁ, Marilene de Castilho (Org.) *Subjetividade, gestão e cuidado e saúde: abordagens da psicossociologia.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 423 p.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. *Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa.* *Rev. esc. enferm. USP* [online], vol.48, n.spe2 [cited 2017-02-11], 2014, p.184-189.

NICACIO, E.M. **Clínica e Cidadania em Saúde Mental.** In: NICÁCIO, E.M.; BISNETO, J.A. (Org.) *A Prática do Assistente Social na Saúde Mental.* Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013

OLIVEIRA, M.P.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. **Uma onda que vem e dá um caixote: representações e destinos da crise em adolescentes usuários de um CAPSi.** Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), 2016. (artigo aceito para publicação).

ONOCKO CAMPOS, Rosana. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental.** In: Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T.; CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; Carvalho, Y.M. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Fiocruz, 2006.

ONOCKO & FURTADO. **A Transposição das políticas de SM no Brasil para a prática de novos serviços.** Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VIII, 1, 109-122, mar. 2005.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. **Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600016&lng=en&nrm=iso>. Epub Sep 11, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>. Acesso em: 14 out. 2017.

ONOCKO, R.T & MIRANDA, L. **Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa.** Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 441-456, 2010.

ONOCKO, R. T; MASSUDA, A.; VALLES, I.; PELEGRINI, O. **Saúde Coletiva e Psicanálise: entrecruzando conceitos em busca de políticas públicas potentes.** In: Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PALOMBINI, A. L. **Por uma ética da clínica, aposta nos que resistem.** In: A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social. 1 ed. Curitiba: Editora CRV, 2010, p. 119 -127.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de trabalho em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

PELEGRINI FILHO, A.; BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. **Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis.** In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org). Saúde Coletiva: teoria e Prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 305-326.

PEREIRA, M. P.; SÁ, M. C.; MIRANDA, L. **Adolescência, crise e atenção Psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 664-671, out-dez 2013.

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa**. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes. Campinas (SP): Papirus, 1997.

RIBEIRO, Paulo de C.; VITTA, Adriana R. **O manejo da identificação imaginária em grupos de psicóticos**. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v.10, n. 4, dez. 2007, p.653-663.

SCHMIDT, M.B.; FIGUEIREDO, A.C. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em Saúde Mental**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, mar. 2009, p. 130-140.

SÁ, Marilene de Castilho. **A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde**. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 651-664, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500016&lng=en&nrm=iso>.. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500016>. Acesso em: 16 fev.2018

SÁ, Marilene de Castilho; CARRETEIRO, Teresa Cristina; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600014&lng=en&nrm=iso>. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600014>. Acesso em: 23 jan.2018

STERIAN, A. **Emergências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TENÓRIO, Francisco. **A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TELLES, Sérgio. **Fragmentos clínicos de psicanálise**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2003.

TRACHTENBERG, Ana Rosa; PIVA, Ângela Beatriz S.; HAEBERLE, Denise; PEREIRA, Denise Zimpek; SOARES, Gilda Fogaça; AVRITCHIR, Rosa Aizemberg; MELLO, Vera Homrich Pereira. **Por que René Kaes?**. *Psicanálise* v.13, no1, 2011. p.257-270.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa, Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação das áreas da saúde e humanas**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VAL, Alexandre Costa; LIMA, Mônica Assunção Costa. **A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Ágora. v. XVII n. 1 jan/jun 201. p. 99-115.

VIGANÒ, Carlo. **A construção do caso clínico em saúde mental.** Revista Curinga. EBP – MG. n.13. set. 1999. p. 39-48.

_____. **A construção do caso clínico.** Opção Lacaniana online nova série. Ano 1. Número 1. mar. 2010.

ZENONI, A. **Qual instituição para o sujeito psicótico?** Abrecampos, Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares - FHEMIG, ano 1, nº0, 2000, Belo Horizonte.