

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

ROBERTO MAC FADDEN

**A DIMENSÃO INCONSCIENTE DOS VÍNCULOS NA ESTRUTURAÇÃO DO
TRABALHO MULTIDISCIPLINAR
UM ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

**SÃO PAULO
2023**

ROBERTO MAC FADDEN

**A DIMENSÃO INCONSCIENTE DOS VÍNCULOS NA ESTRUTURAÇÃO DO
TRABALHO MULTIDISCIPLINAR**
UM ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL
VERSÃO CORRIGIDA

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
do Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof^a. Dr^a. (Titular) Maria Inês
Assumpção Fernandes

SÃO PAULO

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mac Fadden, Roberto

A dimensão inconsciente dos vínculos na estruturação do trabalho
multidisciplinar: Um estudo sobre a avaliação do trabalho das equipes de cuidado
em saúde mental / Roberto Mac Fadden; orientadora Maria Inês Assumpção
Fernandes . -- São Paulo, 2024.

136 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto
de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2024.

1. ALIANÇAS INCONSCIENTES. 2. SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL. 3.
PSICANÁLISE - INSTITUIÇÕES. 4. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS). I. Assumpção Fernandes, Maria Inês, orient. II. Título.

ROBERTO MAC FADDEN

**A DIMENSÃO INCONSCIENTE DOS VÍNCULOS NA ESTRUTURAÇÃO DO
TRABALHO MULTIDISCIPLINAR
UM ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO DO TRABALHO DAS EQUIPES DE CUIDADO
EM SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
do Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof^a. Dr^a. (Titular) Maria Inês
Assumpção Fernandes

Nome: Fadden, Roberto Mac

Título: A Dimensão Inconsciente Dos Vínculos Na Estruturação Do Trabalho Multidisciplinar:
Um Estudo Sobre A Avaliação Do Trabalho Das Equipes De Cuidado Em Saúde Mental

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a): _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Para minha companheira Manu com muito amor e gratidão. Sem sua presença nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Maria José Fernandes Mac Fadden, responsável pelas condições do percurso que hoje se encerra, pelo compartilhamento das preocupações e pelo imenso suporte.

A meu pai Roberto Ezell Mac Fadden e à Paula Márcia Mendes de Podestá, sempre presentes no debate e no afeto.

À minha tia Carmem Silvia Fernandes (*in memoriam*), fonte de inspiração e saudades.

Ao meu Filho Bruno Toledo Mac Fadden, que tenho sempre em pensamento e consideração.

À profa. Dra. Maria Inês Assumpção Fernandes, pelo apoio constante e pela orientação sempre precisa.

Aos colegas do LAPSO, especialmente pela partilha e contribuição nos tempos difíceis de Pandemia que atravessamos. Pela discussão rica que permitiu pensar o campo da psicanálise e construir pontes.

Ao Fábio Baldacci, eterno companheiro dos caminhos tortos, pela presença constante e apoio.

Ao Paulo César de Souza Jr., que sob seu cuidado muitos dos obstáculos puderam ser vencidos.

Aos meus alunos, que tanto contribuíram com o debate.

Uma menção especial ao Pequeno, Azul, Juá, Girimum, Lenu, Will, Flaubert e Vladimir que foram inspirações fundamentais nesse processo.

"il s' irrite contre les demi vérités que sont des demi faussetés, contre les auteurs qui n'altèrent ni une date, ni une généalogie, mais dénaturent les sentiments et les moeurs, qui gardent le dessin des événements et en changent la couleur, qui copient les faits et défigurent l'âme; il veut sentir en barbare, parmi les barbares, et, parmi les anciens, en ancien. "

Euclides da Cunha.

São Paulo, 1901

A terra exalava o odor acre do tempo da seca, quando os rebanhos abandonavam as paisagens de cerâmica partida deixando para trás montes petrificados de esterco. [...] A falta d'água, a secura, a brutalização cotidiana, lamacenta, sangrenta dos dez meses da guerra de guerrilha, a opressão alucinante, enfurecedora do clima tropical, o cheiro dos gases sulfurosos naturais, o ambiente aquecido por perigos traiçoeiros [...] (MÁRAI, 2002, p. 18)

Mas é possível que inventemos coisas assim apenas pela intenção de adiar a morte com esses raciocínios simplórios, marotos – como o condenado que antes da execução lê um livro, ou chama um parente, em outras palavras, demanda um adiamento, uma hora ou alguns minutos, mas, em todo caso, um adiamento. Não sei se tenho alguma tarefa a cumprir antes da morte. Ou se simplesmente a inventei, a narrativa da história de Canudos, como pretexto para viver mais um pouco... Seja como for, comecei a rabiscar pressurosos. Porque a memória que registro agora é como doença de pele: coça e arde (MÁRAI, 2002, p. 9).

RESUMO

Fadden, R. M. (2023). *A Dimensão Inconsciente Dos Vínculos Na Estruturação Do Trabalho Multidisciplinar: Um Estudo Sobre A Avaliação Do Trabalho Das Equipes De Cuidado Em Saúde Mental* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este estudo tem como objetivo identificar se as principais dificuldades na criação de uma estratégia de acolhimento adequada estariam condicionadas a efeitos derivados das alianças inconscientes e pela mobilização de respostas burocráticas das equipes. Trabalhamos com um modelo de análise que destaca a dimensão inconsciente dos vínculos na instituição, sua articulação e impacto sobre os processos decisórios que fundamentam as ações clínicas. A metodologia empregada consiste na análise de cenas clínicas extraídas de trabalhos acadêmicos (uma dissertação e uma tese) que investigam a dinâmica de trabalho nos CAPS. No desenvolvimento do referencial teórico, utilizamos conceitos como transdisciplinaridade, intersubjetividade e alianças inconscientes.

Aprofundando a análise, fundamentamo-nos em teorias convergentes à psicanálise, considerando o sujeito como sujeito do grupo e reconhecendo as alianças inconscientes como realidade psíquica. Essa pesquisa sobre os serviços CAPS também vislumbra as dificuldades de implementação das políticas públicas e programas pelas equipes. Destacamos a relevância das relações interpessoais de qualidade, salientando que as alianças inconscientes exercem impacto nas respostas das equipes, podendo resultar em abordagens diversas, desde resistência excessiva até acolhimento simbiótico.

Concluimos que os modelos de avaliação de serviço necessitam incorporar eixos que possibilitem a identificação e abordagem das dimensões inconscientes dos vínculos, resgatando o papel e a função dos serviços CAPS na articulação da rede de cuidado em Saúde Mental. Além disso, apontamos, a partir do material analisado que o uso corrente das categorias diagnósticas pode contribuir para processos de cristalização, cronificação e iatrogenia nos serviços. Sugere-se, portanto, uma abordagem mais crítica, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também as dinâmicas interpessoais e institucionais que permeiam os serviços CAPS.

Palavras-chave: Dimensão Inconsciente dos Vínculos. Centros de Atenção Psicossocial. Equipe Multidisciplinar. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Fadden, R. M. (2023). *The Unconscious Dimension of Bonds in the Structuring of Multidisciplinary Work: A Study on the Evaluation of the Work of Mental Health Care Teams* (Doctoral thesis). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

The aim of this study is to identify whether the main difficulties in creating an adequate reception strategy are due to the effects of unconscious alliances and the mobilization of bureaucratic responses by the teams. We worked with a model of analysis that highlights the unconscious dimension of bonds in the institution, their articulation and impact on the decision-making processes that underpin clinical actions. The methodology used consists of analyzing clinical scenes taken from academic papers (a dissertation and a thesis) that investigate the work dynamics in CAPS. In developing the theoretical framework, we used concepts such as transdisciplinarity, intersubjectivity and unconscious alliances.

To deepen the analysis, we based ourselves on theories that converge with psychoanalysis, considering the subject as the subject of the group and recognizing unconscious alliances as a psychic reality. This research into CAPS services also reveals the difficulties the teams have in implementing public policies and programs. We highlight the importance of quality interpersonal relationships, pointing out that unconscious alliances have an impact on the teams' responses and can result in a variety of approaches, from excessive resistance to symbiotic acceptance.

We conclude that service evaluation models need to incorporate axes that make it possible to identify and address the unconscious dimensions of bonds, reviving the role and function of CAPS services in the articulation of the mental health care network. In addition, the material analyzed shows that the current use of diagnostic categories can contribute to processes of crystallization, chronification and iatrogeny in the services. We therefore suggest a more critical approach, considering not only the clinical aspects, but also the interpersonal and institutional dynamics that permeate CAPS services.

Keywords: Unconscious Dimension of Bonds. Psychosocial Care Centers. Multidisciplinary Team. Evaluation of Health Services.

RÉSUMÉ

Fadden, R. M. (2023). La dimension inconsciente des liens dans la structuration du travail multidisciplinaire : une étude sur l'évaluation du travail des équipes de soins en santé mentale (Thèse de doctorat). Institut de psychologie, Université de São Paulo, São Paulo.

L'objectif de cette étude est d'identifier si les principales difficultés à créer une stratégie d'accueil adéquate sont dues aux effets d'alliances inconscientes et à la mobilisation de réponses bureaucratiques par les équipes. Nous avons travaillé avec un modèle d'analyse qui met en évidence la dimension inconsciente des liens dans l'institution, leur articulation et leur impact sur les processus décisionnels qui sous-tendent les actions cliniques. La méthodologie utilisée consiste à analyser des scènes cliniques tirées d'articles académiques (une thèse et un mémoire) qui étudient la dynamique du travail dans le CAPS. Pour élaborer le cadre théorique, nous avons utilisé des concepts tels que la transdisciplinarité, l'intersubjectivité et les alliances inconscientes. Pour approfondir l'analyse, nous nous appuyons sur des théories convergentes avec la psychanalyse, considérant le sujet comme le sujet du groupe et reconnaissant les alliances inconscientes comme une réalité psychique. Cette recherche sur les services du CAPS révèle également les difficultés des équipes à mettre en œuvre les politiques et les programmes publics. Nous soulignons l'importance de la qualité des relations interpersonnelles, en insistant sur le fait que les alliances inconscientes ont un impact sur les réponses de l'équipe et peuvent entraîner une variété d'approches, allant de la résistance excessive à l'acceptation symbiotique.

Nous concluons que les modèles d'évaluation des services doivent intégrer des axes qui permettent d'identifier et d'aborder les dimensions inconscientes des liens, en redonnant aux services CAPS leur rôle et leur fonction dans l'articulation du réseau de soins de santé mentale. En outre, le matériel analysé montre que l'utilisation actuelle des catégories diagnostiques peut contribuer à des processus de cristallisation, de chronification et d'iatrogénie dans les services. Nous suggérons donc une approche plus critique, considérant non seulement les aspects cliniques, mais aussi les dynamiques interpersonnelles et institutionnelles qui imprègnent les services CAPS.

Mots-clés: Dimension inconsciente des liens. Centres de soins psychosociaux. Équipe pluridisciplinaire. Évaluation des services de santé.

LISTA DE QUADROS

Tabela 1 – Metas x Repasse de Recursos

33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEP/CONEP | O Sistema CEP/Conep é formado pela Conep, instância máxima de avaliação ética em protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos) e pelos CEP (Comitês de Ética em Pesquisa), instâncias regionais dispostas em todo território brasileiro |
| CGMAD | Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. |
| DAPES | Departamento de Ações Programáticas Estratégicas |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência |
| MS | Ministério da Saúde |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| OSS | Organização Social de Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SUDS | Sistema Único e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Dedicatória..... | 6 |
| 1 introdução..... | 17 |
| 1.1 Implicações da memória e da formação profissional e acadêmica para a construção da presente pesquisa..... | 19 |
| 1.2 Objetivos Geral:..... | 24 |
| 2 O CONTEXTO DA PESQUISA: O CAMPO DA SAÚDE MENTAL..... | 26 |
| 2.1 As disputas na construção da clínica psicossocial..... | 32 |
| 3 Perspectivas do trabalho inter e transdisciplinar..... | 39 |
| 4 Dimensão e objetivos da Clínica Psicossocial..... | 44 |
| 5 Modelo de vulnerabilidade (multifatorial) aplicado à saúde mental..... | 50 |
| 6 O tema da Representação na Psicanálise..... | 59 |
| 6.1 Significações do verbo vorstellen e do substantivo Vorstellung..... | 62 |
| 7 Avaliação de serviços e o “modelo de estresse”..... | 66 |
| 8 A Psicanálise e o conhecimento sobre os grupos..... | 68 |
| 8.1 Alianças inconscientes..... | 73 |
| 9 Metodologia..... | 81 |
| 9.1 Procedimentos..... | 84 |
| 9.1 Questões éticas..... | 86 |
| 10 Análise de dados..... | 87 |
| 10.1 Apresentação do material..... | 91 |
| 10.1.1 Cena 1..... | 91 |
| 10.1.2 Cena 2..... | 97 |
| 10.1.3 Cena 3..... | 112 |
| 10.1.4 cena 4..... | 117 |
| 10.2 Eixos de análise..... | 121 |
| 10.2.1 Primeiro eixo: relações de equipe e articulações que organizam a rotina, a tomada de decisões..... | 121 |
| 10.2.2 Segundo eixo: os códigos e nomeações do diagnóstico clínico..... | 125 |
| 10.2.3 Terceiro eixo: os efeitos de sofrimento na equipe, como também o que permanece encriptado das questões clínicas dos usuários dos serviços..... | 127 |
| 11 Considerações finais..... | 130 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 132 |

1 INTRODUÇÃO

Esta tese é resultado de um trabalho de exploração e leitura do momento atual da organização do campo da saúde mental na cidade de São Paulo. Neste estudo, trabalho na perspectiva de compreender como operam as dimensões inconscientes do vínculo da determinação da qualidade e capacidade dos Centros de Atenção Psicossociais.

Para alcançar este objetivo, percorri um caminho que buscou investigar e recompor o percurso histórico de formação dos serviços de atenção psicossocial, bem como entender o contexto atual de seu funcionamento. Levantei elementos oriundos de relatos de profissionais acerca do seu trabalho cotidiano no serviço, buscando uma representação do modo de funcionamento vigente destes serviços de saúde mental.

Esta tese está dividida em dez capítulos, sendo que neste primeiro capítulo apresento a pesquisa através de um memorial no qual resgato as motivações para realização deste estudo. Em seguida, esboço algumas considerações sobre a temática escolhida, bem como apresento os objetivos e as questões norteadoras da presente pesquisa.

No segundo capítulo, apresento um panorama sobre as noções de inter e transdisciplinaridade destacando a importância desse modelo para a construção de um dispositivo de atenção capaz de lidar com a complexidade do campo.

No terceiro, exploro questões referentes ao contexto e à problemática da atenção psicossocial e à composição da rede de atendimento. Aponto questões decorrentes às diferentes matrizes epistemológicas utilizadas para pensar o campo e, também, os desafios de lidar com um objeto que tem determinações múltiplas: sociais, políticas e culturais.

No quarto capítulo discorro sobre a noção de vulnerabilidade que é utilizada para pensar, principalmente, a estratégia e as táticas de intervenção nos serviços.

No quinto capítulo apresento a temática da representação como discutida pela psicanálise e a articulação com as questões levantadas no capítulo anterior.

No sexto capítulo apresento o panorama dos modelos de avaliação de serviço.

A apresentação do referencial psicanalítico é a principal tarefa do sétimo capítulo, introduzindo a discussão acerca do papel das alianças inconscientes como operadores da estruturação da dimensão vincular nos serviços

No oitavo capítulo discuto a metodologia da pesquisa. Discorro sobre a seleção do *corpus* que faz parte desta tese, bem como sobre a coleta de registros textuais, correspondentes ao material nela analisado.

O nono capítulo é dedicado à análise dos materiais recolhidos nas teses, divididos em duas partes. Na primeira, apresento uma seleção de quatro excertos com suas respectivas chaves de leitura. Na segunda, organizo a análise a partir de três chaves de compreensão: os processos decisórios no trabalho de equipe, o valor dos elementos de diagnóstico e os efeitos dessa linguagem sobre a clínica e, por fim, elementos do desgaste e sofrimento da equipe de saúde mental.

Por fim, nas considerações finais apresento as principais conclusões deste estudo e as implicações para futuras pesquisas.

1.1 IMPLICAÇÕES DA MEMÓRIA E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ACADÊMICA PARA A CONSTRUÇÃO DA PRESENTE PESQUISA

Passei vinte anos de minha vida profissional dedicado ao trabalho de atenção psicossocial na cidade de São Paulo. O momento de minha formação profissional no campo da saúde mental foi atravessado por um período de grandes transformações sociais e um certo clima de descoberta e empolgação nos espaços de trabalho. Estávamos orgulhosos do trabalho desenvolvido e carregados de esperança de que participamos de um marco de transformação do modelo, desde a consolidação do SUS, bem como as inscrições e avanços nos marcos regulatórios da saúde mental.

Não é tarefa simples descrever a experiência que vivi testemunhando a construção do modelo de atenção à saúde mental. Com certeza, o que vemos hoje é bem diferente daquela experiência: a lógica dos serviços e também seu exercício têm sofrido diversas transformações, sobre as quais eu pretendo discorrer dentro desta tese.

A avaliação do valor histórico de uma experiência não é algo feito sem dificuldades. Em primeiro lugar porque o modelo dos Centros de Atenção Psicossociais não é uma experiência terminada. O momento atual da discussão sobre saúde mental passa por questionamentos do modelo CAPS proposto e, também, pelo fato de que esses serviços se encontram na linha de frente do enfrentamento das questões de saúde mental e precisam ser defendidos para que os avanços anteriormente vislumbrados possam acontecer.

Em segundo lugar, as políticas sociais e de saúde no Brasil tendem a sofrer o impacto bastante direto das variações de gestão política. A descontinuidade de programas, o movimento perpétuo de fabricação de soluções de curto prazo, influenciam o próprio sentido de existência das práticas que precisam justificar sua aplicação de acordo com o novo enquadramento.

O trabalho em saúde mental é organizado a partir de uma perspectiva de cuidado longitudinal e funcionando como suporte nos distintos momentos e graus de intensificação e estabilização dos quadros clínicos dos usuários. Assim, suas metas e objetivos não deveriam ser pensados exclusivamente sobre ações de curto prazo. Restringir as ações ao acolhimento de situações de crise e emergência tende a sequestrar o potencial de trabalho, inscrevendo-o numa lógica de urgência que

suplanta qualquer planejamento e possibilidade da compreensão da função estrutural do serviço. Ainda, esse modo de operação poderia minar a confiança do público, dos profissionais e familiares, no serviço.

Hobsbawm (2002, p.11) afirma que “o entrelaçamento da vida de uma pessoa com sua época e a interpretação das duas coisas juntas ajudam de maneira mais profunda a dar forma a uma análise histórica”.

Assim, um problema, que é o do distanciamento, e uma virtude, que é a do sentido da experiência para quem está relatando, entrecruzam-se e definem o escopo desta empreitada.

A inspiração do texto de Hobsbawm indica que o esforço de compreensão atravessa nossa existência e inscreve a análise no campo de uma luta pela estruturação de uma política de saúde de qualidade.

No que se refere à história, Hobsbawm lembra que:

“(…) não se pode escapar ao passado, isto é, àqueles que o registram, interpretam, discutem e reconstruem. Nossas vidas cotidianas, os países em que vivemos e os governos que nos dirigem [questão de atualidade ímpar!], tudo isso está rodeado e inundado pelos produtos de minha profissão. O que entra para os livros escolares e para os discursos dos políticos a respeito do passado, a matéria para os escritores de ficção, de programas de televisão ou de vídeos vem, em última análise, dos historiadores. Mais do que isso, a maioria dos historiadores, inclusive todos os competentes, sabe que ao investigar o passado, até mesmo o passado remoto, estão igualmente pensando e expressando opiniões a respeito do presente e suas questões, e falando a respeito delas. Compreender a história é importante tanto para os cidadãos como para os especialistas (...). Os historiadores não devem escrever somente para outros historiadores. (...) temos muito que fazer. (Hobsbawm, 2002, pp. 311 e 326)

O ponto de partida desta reflexão, na minha experiência e também na de muitos outros trabalhadores, foi a participação no dispositivo CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), um trabalho experimental, baseado fortemente no modelo de Jean Oury, que visava inicialmente a constituir um serviço substitutivo à internação psiquiátrica que atuaria numa lógica distinta da tradicional organização de competências nos serviços de saúde.

Para uma organização racional das demandas de trabalhos, os serviços são tradicionalmente organizados por grau de complexidade, cabendo a cada nível uma tarefa própria. Assim, os serviços enquadrados no modelo primário seriam responsáveis pelo primeiro acolhimento (função de recepção e atendimentos aos pacientes de baixa complexidade) e trabalhos de prevenção (que podem envolver campanhas de vacinação e orientação à população). Serviços enquadrados como de atenção secundária operariam como ambulatórios especializados dispostos de meios de tratar patologias mais complexas, mas que não requerem dispositivos de internação; finalmente, no nível terciário estariam os hospitais, que são os equipamentos com maior quantidade de recursos e orientados para a atenção a situações com o maior grau de complexidade. Embora os hospitais também acumulem a função de porta de entrada no sistema pelos seus prontos-socorros, essa divisão implica uma lógica de trânsito e encaminhamento entre os serviços caso a patologia do paciente se intensifique em gravidade, ou se torne menos grave e possa ser atendida em níveis mais primários.

No caso da atenção à saúde mental essa divisão e padrão de circulação e encaminhamentos pode representar um problema, já que ataca essencialmente o vínculo construído no tratamento impondo novas negociações com a família e com o paciente, bem como diferentes projetos de tratamento. Isto significa que, ao se colocar como porta de entrada e como modelo específico de tratamento, o CAPS se propunha a estabelecer um protocolo de cuidado que evitasse o “desenraizamento” provocado pela internação. A ideia era a de que o núcleo familiar pudesse ser acolhido e colaborasse com a construção de um projeto contínuo e singular para o usuário, em um processo de mútua transformação.

A noção de desenraizamento não é gratuita. Embora sua aplicação ao campo da saúde mental não seja usual, a categoria aparece frequentemente na Psicologia Social para descrever fenômenos de ruptura:

“As circunstâncias de um desenraizamento podem, quem sabe, ser então esclarecidas pela maneira como foram prejudicadas a liberdade, a igualdade e a pluralidade, podem ser esclarecidas pela maneira como foram prejudicados o vínculo com o passado, o campo das iniciativas e o campo da palavra.” (Gonçalves Filho, 1998, p. 46)

Na clínica da saúde mental, além dos fenômenos específicos associados ao transtorno mental, é importante pensar que as bases sobre as quais esses fenômenos se assentam também devem ser consideradas. Benghozi (2020) fala em clínica das metagarantias e justamente como o colapso ou ataque a estas manifesta-se como questões do campo clínico. O usuário geralmente traz em conjunto com a sua queixa uma situação semelhante, de desamparo, onde seu campo vincular está sob ameaça. Os efeitos de isolamento e solidão aparecem com frequência na história dos usuários do serviço e, dependendo da intensidade desse isolamento, é possível prever um aumento da vulnerabilidade e o risco de novas crises.

A questão posta ao enfrentamento era o efeito de algo que ultrapassa a mera apresentação psicopatológica e coloca na mesa todo uma intervenção que visa à reparação dos vínculos. Precisamos notar como a circunstância do desenraizamento aponta um tipo de vínculo no qual o prejuízo aos processos de simbolização e trabalho do pré-consciente se faz muito presente.

A experiência de inauguração do CAPS Itapeva em 1987 se organizou através da apropriação de uma unidade básica de saúde (a UBS Itapeva) e formatação de um modelo de atenção próprio. Seu projeto, de início, tinha pretensão de construir uma clínica que pudesse incluir uma grande diversidade de quadros clínicos¹, mas as dificuldades de construir um modelo único orientou o serviço para a definição de um foco de cuidado: a questão das psicoses e das neuroses graves.

Fez-se urgente uma revisão dos modos de compreensão e das teorias de sustentação desse projeto clínico. No campo das práticas, os exercícios grupais e coletivos foram se tornando o centro da experiência terapêutica e, também, a necessidade de inclusão de dimensões que anteriormente não haviam sido incluídas como parte do *setting* tradicional. Convencionou-se chamar esse espaço de manobra de ambiência, ou seja, a utilização de espaços intersticiais, como trabalhado por Roussillon (1991)², como elementos analisadores e potencializadores das estratégias clínicas.

¹ GOLDBERG, Jairo Idel. **Cotidiano e instituição**: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. . Acesso em: 04 nov. 2023.

² “Os denominados espaços intersticiais são espaços onde circula aquilo que, por motivos diversos, não tem vez nos âmbitos oficiais da instituição considerados em termos de espaço, tratam-se dos lugares institucionais que são comuns a todos(...). Do ponto de vista de suas propriedades, o interstício está voltado tanto para o exterior quanto para o interior, comportando lógicas de ambivalência e paradoxos, o que favorece que esses espaços admitam, portanto, a transmissão de mitos e tabus

O objetivo dessa estratégia era uma desconstrução dos efeitos segregadores que operam sobre os usuários e o restabelecimento do vínculo no que se refere ao potencial de trocas sociais simbólicas e da colocação em pauta de um projeto de vida. Um redesenho do lugar social ocupado pelo usuário e um chamado a uma mediação.

O foco no diagnóstico foi também redirecionado para a exploração e busca de potenciais de reinserção.

Não tenho dúvidas sobre a importância desse movimento e do impacto que ele causou na tradicional clínica psiquiátrica.

Internamente, talvez o efeito mais significativo tenha sido uma medida de desconstrução das especificidades e competências profissionais diretas e uma busca por uma condição profissional que iria tomando forma a partir do trabalho e do compartilhamento coletivo. Todas as dimensões técnicas (das psicoterapias até as estratégias de medicação) passavam pelo crivo de uma equipe que decidia conjuntamente o planejamento e a execução da medida.

O modelo se generalizou e ampliou, progredindo de uma estratégia específica, com caráter experimental, para um modelo global.

“Podemos apontar a aprovação da Lei n.10.216 da Reforma Psiquiátrica, a publicação da Portaria n. 336/02 e da Portaria n. 189/02 – que atualizam a Portaria n. 224/92 e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos 3 – a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental 4 que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS e, finalmente, a experiência acumulada nos mais de dez anos de existência desses serviços como fatores decisivos, na história recente, para um substancial incremento dos CAPS no Brasil e para a relativização do papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental”. (Onocko-Campos e Furtado, 2006, p. 1054)

Ainda de acordo com Onocko-Campos e Furtado (2006), os CAPS passaram a assumir um papel central no cenário das novas práticas de saúde mental. Cabia aos serviços o papel de articulador de uma lógica de rede (o que posteriormente constituirá a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial) composta por múltiplas instâncias, como os programas de Saúde da Família e os serviços de residência terapêutica, entre outros.

institucionais, que testemunhem intrigas e conchavos, mas que também possibilitem vias de expressão não negociáveis em outros espaços”. (Moreira et al.2022 p.123)

É nesse cenário que este trabalho se apresenta para discutir a sustentação e relevância desse modelo. Entendo que um dos elementos que influenciam a qualidade da assistência nesse tipo de serviço e garantem o avanço das práticas em direção a uma clínica libertadora e promotora de inclusão e autonomia está relacionado aos movimentos da equipe na constituição de um projeto de assistência interdisciplinar. Estamos falando, portanto, dos vínculos da equipe como indicadores de potencial de trabalho.

1.2 OBJETIVOS GERAL:

O Objetivo deste trabalho consiste em identificar se as principais dificuldades na criação de uma estratégia de acolhimento adequada estariam condicionadas a efeitos derivados das alianças inconscientes e pela mobilização de respostas burocráticas das equipes.

Há uma série de questões associadas que acompanham o trabalho dessa tese, embora não iremos entrar diretamente no desenvolvimento dessas questões, é necessário apontá-las como elementos adjuntos que deveriam ser evocadas para que o quadro da discussão proposta (o estado atual e o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade do atendimento em serviços de atenção psicossocial). Apontar o risco de um emprego acrítico de critérios nosográficos podem redundar em práticas iatrogênicas e cronificantes. Muitas vezes a nosografia isoladas é utilizada para a avaliação e tomada de conduta em emergências e urgências;

Além do mais, ciente das críticas, a um excesso de centralismo do modelo CAPS na RAPS, penso que é necessário discutir o momento atual do CAPS, suas condições de trabalho e principais obstáculos, já que fica evidente um progressivo desinvestimento do modelo.

Com isso, propomos uma série de questões que nos orientaram na leitura e análise dos trabalhos:

- Como se produz o cuidado no cotidiano de um serviço de saúde mental hoje?
- O que emerge nas narrativas da experiência de um trabalhador do campo da saúde mental?

- Quais são os instrumentos teórico-conceituais que fundamentam as práticas/experiências no cotidiano de um trabalhador do campo da saúde mental?
- Qual é o atual estado dos modelos interdisciplinares nos CAPS?
- Como a dimensão inconsciente dos vínculos determina o trabalho e as relações entre trabalhadores de saúde mental nos CAPS?

2 O CONTEXTO DA PESQUISA: O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A transformação na atenção à Saúde Mental é um fenômeno complexo que atravessou um período delicado do país, que foi a abertura democrática. Há um eixo que se estende dos modelos de tratamento e asilo construídos na década de setenta até os processos que passaram a imperar a partir dos anos noventa.

De acordo com Amarante e Nunes (2018, p.2068), “os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970 quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência”. Os autores situam um processo que se coloca no movimento de gerar uma contestação e crise nos modelos de trabalho estabelecidos tanto nos hospitais psiquiátricos como nas associações acadêmicas – tal é o caso da crise da Associação Psiquiátrica da Bahia, citada no mesmo texto.

Ainda de acordo com Amarante, “a saúde mental se inscreve no ciclo ideia-proposta-projeto-movimento-processo, mas que, talvez para além do ciclo análogo ou inter-relacionado à reforma sanitária, se constitua em um processo mais amplo e complexo” (Amarante e Nunes, 2018, p. 2068).

Foi em 1978 que surgiu o primeiro movimento coletivo que pretendia reformular a assistência psiquiátrica. Esse movimento, denominado MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) nutria-se de dois ideais primários: no campo das técnicas, era preciso humanizar o atendimento, fazendo valer as articulações conceituais da psiquiatria preventiva (Amarante e Nunes, 2018); por outro lado, inscrevia-se como movimento em uma luta para alcançar um país mais democrático, capaz de encontrar o caminho para fora da ditadura militar vigente no país.

“Ainda em 1978, o MTSM se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), passando a organizar Comissões de Saúde Mental em alguns dos estados onde a entidade era mais presente (RJ, SP, MG, BA). O relatório elaborado pela comissão do Rio de Janeiro viria a ser apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, no mesmo dia em que o CEBES apresentou o documento “A questão democrática na área da Saúde”, no qual foi apresentada a proposta de um Sistema Único de Saúde (SUS)” (Amarante e Nunes, 2018, p. 2069)

No início de 1980, com o advento da crise previdenciária, produziu-se um impacto sobre o INAMPS (Instituto Nacional Médico da Previdência Social), modelo de seguridade e financiamento de saúde que contava com uma rede conveniada e com sistema de financiamento por procedimento para os serviços. Contava com uma tabela de procedimentos autorizados e com valores definidos para cada categoria. É importante marcar que a prestação de serviços não era universalizada; ao contrário, a cobertura se dirigia apenas àqueles que faziam contribuição previdenciária.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional da Saúde, considerada um marco na história das conferências. Foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais. Formou as bases para a construção da seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988. Além disso desempenhou um importante papel na propagação do movimento da Reforma Sanitária.

Os eixos temáticos da conferência eram compostos por três itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi instituído por decreto presidencial em 1987, a partir da proposta da presidência do INAMPS – Instituto Nacional Médico da Previdência Social.

“O II Encontro enfatiza a proposta de “uma sociedade sem manicômios”, lema proposto pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, após realização de importante encontro em Buenos Aires, em 1986, do qual participam alguns dos mais importantes membros internacionais (Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli, Franco Basaglia). “Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objetivo, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).” (Amarante e Nunes, 2018, p. 2069)

A Reforma Sanitária é uma consequência, cujo maior destaque pode ser definido como a democratização da saúde. Pois, ao elaborar formas ampliadas de conceituar a saúde – isso desde sua concepção à ampliação de seu acesso – impacta a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado com a Constituição de 1988 e operacionalizado com a regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, sendo recentemente atualizada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Na Constituição Federal de 1988, foi instituído em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulado pela Lei nº. 8.080/1990, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde.

Assim, o SUS engendra a atenção obrigatoriamente pública e universalizada, rompendo com o oferecimento exclusivo àqueles que contribuíram de modo privado para a saúde. Ainda, a Reforma Sanitária se afasta do modelo exclusivamente biomédico ao definir uma sequência entre questões socioculturais e da saúde.

Seguiram-se a essa primeira conferência a II Conferência convocada por Fernando Collor de Mello em 1992, a III Conferência convocada por Fernando Henrique Cardoso em 2001 e a IV edição em 2010, final do segundo mandato de Lula.

No caso específico da atenção à saúde mental, Amarante e Nunes (2018) destacam as principais conquistas da rede de atenção:

“Uma delas é a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Considerando o investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, que em 2014 ultrapassam a cifra dos 2 mil, e alcançam uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registrados 610 SRT´s com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa De Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008.” (Amarante e Nunes, 2018, p. 2073)

De acordo com Lussi (2006), a Reabilitação Psicossocial proposta por Benedetto Saraceno passa a vigorar como principal campo teórico de articulação dos serviços promovendo um norte definido para as ações nos serviços³.

“Reabilitação psicossocial poderá significar justamente tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos”. (Pitta, 1996, p. 23-4)

Pode-se sintetizar esse espírito na seguinte sentença:

"Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no 'processo de cura', mas no processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente' ". (Rotelli, 1990 in Amarante, 1996, p.104)

Mas, mesmo com todos esses avanços, a determinação no caminho de construção de uma prática clínica promotora de autonomia enfrentou vários obstáculos para os serviços criados no âmbito da reforma:

1- Problema da depauperação dos pacientes. Uma questão que demanda a compreensão de que o curso do transtorno se estende, muitas vezes, por toda a vida do paciente, dificultando o acesso à renda e ao trabalho, pressionando as condições sociais da família.

2- O modelo territorial demanda a participação plena das famílias, isto é, o foco do trabalho deve ser a negociação e articulação de possibilidades existenciais e relacionais nesse campo.

³ O serviço CAPS deve ser considerado como um dos dispositivos criados pela Reforma Psiquiátrica. Não é possível esquecer, no entanto, que outros equipamentos também fizeram parte da estratégia de desinstitucionalização. O trabalho de Scarcelli "O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992" descreve o processo de formação de uma rede de serviços e as articulações políticas necessárias para sua estabilização. Assim, os movimentos de trabalhadores de saúde mental e as práticas desenvolvidas em cada um desses serviços como os CECCOs (Centros de Convivência e Cooperativas), as implantações de enfermarias psiquiátricas em Hospital geral e Emergência psiquiátrica, os ambulatórios de saúde mental, os hospitais-dia e, ainda, as UBS precisam ser destacados.

“No final da gestão municipal (1992) haviam sido instaladas na cidade de São Paulo: 129 equipes multiprofissionais em UBS; 14 hospitais-dia; 18 CECCOs; 14 emergências psiquiátricas, 3 enfermarias de saúde mental, 70 unidades de saúde mental nos hospitais gerais. 125 O projeto Hospital Aberto foi incluído na estrutura de todos os quinze Hopitais Municipais.” (Scarcelli, 1998, p. 59)

3- O desafio de pensar uma solução a longo prazo, sendo o serviço de atenção à saúde mental um dispositivo que precisa sustentar-se, muitas vezes, como a referência para a vida daquele usuário.

4- Os modelos de internação apoiados exclusivamente na perspectiva biomédica, que apresentam forte resistência ao debate interdisciplinar, insistindo em uma hierarquia de saberes e sustentando práticas que são criticadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. É possível entender nesse sentido a tendência para a transformação dos leitos de suporte dos CAPS III em réplicas do modelo hospitalar. Ao invés de representarem o suporte ao vínculo e aos agenciamentos para que o usuário se restabeleça sem a produção de uma ruptura, os leitos são pensados como espaços de exceção para lidar com a crise fora do cotidiano do serviço.

5- A emergência de uma contrarreforma no campo político, mais voltada à crítica dos ideais progressistas sustentados pela reforma, que culminou com a reinscrição do hospital psiquiátrico especializado no campo da RAPS através de portaria em 2017 e da nota técnica 11/2019.

“Mas os ventos começaram a mudar já em 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS. E, por fim, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a RP passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos. No campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução em dezembro de 2017 que praticamente resgata o modelo manicomial e dá início a um processo de desmontagem de todo o processo construído ao longo de décadas no âmbito da RP brasileira”. (Amarante e Nunes, 2018, p. 2073)

Cabral e Darosci (2019) indicam o efeito produzido tanto pela alteração da política de drogas através da nota técnica 11/2019 quanto pela intenção de ajuste e mudança nas políticas de financiamento da RAPS.

“As mudanças propostas para a Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT no 32/2017 e Portaria no 3.588/2017) colocam em risco o que foi conquistado com a Reforma Psiquiátrica. Pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde mental estão numa encruzilhada histórica, onde os seus quase quarenta anos de construção estão sobre forte ameaça com o retorno assombrado da indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento

e terapias com aparelhos de eletrochoque. Em Nota Técnica N. 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), o Ministério da Saúde presta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nota Técnica tem como mote principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, com ajuste do valor das Autorizações de Internações Hospitalares no SUS (AIHs). Para sustentar essa decisão, afirma-se que “não há mais por que se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”. Somado a essas justificativas, o Ministério da Saúde afirma que está atento à questão da escassez dos leitos em hospitais psiquiátricos e por esse motivo passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas.” (Cabral e Darosci, 2019, p. 9)

2.1 AS DISPUTAS NA CONSTRUÇÃO DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL

O campo da atenção à saúde mental sempre foi atravessado por disputas. Embora a história, registrada desse momento aponte uma confluência de ideais progressistas e humanistas não encontramos uma homogeneidade entre os diferentes representantes do movimento. O que se registrou em sua forma jurídica, que implica um registro importante das conquistas, nem sempre contemplava a diversidade das práticas e a necessidade de inscrição de experiências que jorravam dos atendimentos. Os trabalhadores da saúde mental debatiam-se com a necessidade de ver suas práticas reconhecidas e amparadas no plano da política pública.

“(...)a hipótese de que há no campo da atenção em saúde um distanciamento entre, de um lado, o âmbito de definição de diretrizes políticas e seus aspectos legais e formulação de programas (aqui nomeado como políticojurídico) e, de outro lado, os modos de ajustar tais diretrizes aos recursos disponíveis para a criação e desenvolvimento das práticas que, por sua vez, podem também desencadear processos de elaboração de novas leis e diretrizes (técnico-assistencial).” (Scarcelli, 2019, p. 13)

Ou ainda,

“(...)há uma lacuna entre os níveis definidores de políticas e aqueles em produzir práticas voltadas para suprir necessidades dos segmentos populacionais para as quais essas práticas estão voltadas. Além disso, entre os âmbitos de definição política e o de implementação das práticas, há falta de referenciais consistentes e/ou excesso de conceitos e noções utilizados de forma indiscriminada (Scarcelli, 2011 in Scarcelli 2019, p.13).”

Um registro importante a fazer é que o contexto de atuação da clínica psicossocial é diretamente influenciado por diversas variáveis, desde a questão política até práticas de gestão que acabam por definir rumos de desenvolvimento das práticas clínicas.

Especificamente no Estado de São Paulo a implantação das OSS como modelo de gestão de serviços teve um papel de destaque.

“Em São Paulo, a partir da Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, as organizações das áreas da saúde e da cultura, que atendessem aos requisitos da lei, poderiam pleitear a qualificação como OS e, com isso, ficariam

habilitadas a assinar um contrato de gestão com o Estado. O Decreto nº 43.493, de 29 de setembro de 1998, regulamentou a qualificação de entidades na área da cultura.” (Sano 2003, p. 69)

De acordo com Sano (2003), a qualificação das entidades da área da saúde como organizações sociais foi uma alternativa identificada pelo governo Mário Covas para ampliar a assistência à saúde no Estado

A proposta de ampliação dos serviços concorria também com uma segunda agenda, que consistia em diminuir o impacto do funcionalismo público e seu passivo trabalhista sobre os cofres do governo. Na prática isso representa uma mudança no papel do Estado, que passa de gestor direto a um órgão fiscalizador dos serviços.

“O momento não era adequado, pois de acordo com Nilson Paschoa, responsável pela Coordenadoria de Contratação de Serviços de Saúde, existia uma orientação do governador Mário Covas que restringia a realização de concursos para a contratação de pessoal, devido à escassez de recursos e, também, às críticas que a administração direta recebia relativas à sua ineficiência. Diante desse cenário e também como uma forma de buscar flexibilidade na gestão, o governo optou por realizar parcerias na prestação de serviços públicos, e, para tanto, regulamentou a figura das OS's. Paschoa lembra que o fato do governo delegar a parceiros a gestão das atividades de um hospital, “em absoluto significa você [Estado] abdicar da sua responsabilidade de definir as políticas públicas e de controlá-las” (Entrevista). Ainda de acordo com o entrevistado, apesar do sistema de parceria ser um sistema antigo, a utilização do contrato de gestão “nos moldes como ele se condicionou agora [...] dá garantia para que o Estado efetivamente tenha o poder de definir a política e ao mesmo tempo controlá-la”.” (Sano, 2003, p. 70)

No caso específico da saúde mental, esse processo teve início em 2007, quando a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo firmou contratos com as Organizações Sociais de Saúde.

O principal indicador utilizado para medir a eficiência dos serviços e garantir as metas de trabalho provinha dos modelos de gestão hospitalar e é definido a partir do número de consultas como se observa nos registros.

“Para cada contrato de gestão a ser firmado pela Secretaria de Estado da Saúde são definidos os serviços que devem ser prestados pela OS. Para tanto, a Resolução SS 142/01 estabelece que a atividade assistencial subdivide-se em quatro modalidades: Atendimento hospitalar (internação), Atendimento ambulatorial, Atendimento de urgências e Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT 15. Para cada um dos procedimentos é contratado um certo volume de atendimentos.” (Sano, 2003, p. 91)

O critério do volume de atendimentos é discutível no campo da atenção à saúde mental, já que a operação do serviço depende de diversos elementos: a territorialidade e suas características (como, por exemplo, se o serviço está instalado em um bairro residencial ou comercial); a estrutura do espaço de atendimento (muitas unidades não têm condições para o desenvolvimento de atividades grupais devido aos limites da instalação física).

“Uma vez definidos os volumes de atendimento para cada procedimento e para que o acompanhamento e a comprovação dos serviços possam ser realizados a Secretaria da Saúde definiu dois mecanismos: 1. O primeiro é o acompanhamento por meio dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares – SIH – e no Sistema de Informações Ambulatoriais SIA; 2. O segundo é o preenchimento de formulários específicos disponibilizados por meio de um aplicativo na internet.

Cada OS deve, mensalmente, e até o 5º dia útil do mês subsequente, encaminhar o informe das atividades realizadas. Este aplicativo, disponibilizado pela SES, emite os relatórios e planilhas para a avaliação mensal das atividades de cada hospital, estabelecendo, também, por meio de “níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados” (SÃO PAULO, Resolução SS – 142/01). Além de acompanhar os dados mensais, a Comissão de Avaliação deve preparar relatórios com a seguinte periodicidade: trimestral, semestral e anual. A avaliação do relatório trimestral determina o volume de recursos da parte variável que será repassado à OS. Este detalhe será explicado na próxima seção. A partir da avaliação semestral pode resultar uma re-pactuação dos níveis de serviço estabelecidos. Esta alteração, caso necessária, é realizada por meio de aditivo contratual. Por fim, os relatórios anuais são enviados ao Secretário de Estado da Saúde e servem como subsídios para a decisão do Governador em renovar ou não a qualificação da entidade como OS de saúde. Uma cópia de cada um desses relatórios é enviada à Assembleia Legislativa e ao Tribunal de Contas do Estado para a devida apreciação.” (Sano, 2003, p. 94)

Isso significa que toda a discussão sobre os modelos de atendimento e intervenção fica submetida a um crivo que muitas vezes não acompanha a realidade do serviço, que desconhece suas mazelas e dificuldades – tentando transformar a gestão dos serviços em uma gestão de número de atendimentos realizados.


“O resultado dessa análise determina ainda o repasse de uma parte variável dos recursos financeiros previstos contratualmente. Um aumento ou diminuição das atividades prestadas que extrapole certos limites dá ensejo, respectivamente, a um aditivo ou rescisão contratual.” (Sano, 2003, p. 95)

Nesse sentido, o sistema passa a operar com insegurança e fica sujeito a mudanças no valor orçamentário de acordo com a relação estabelecida com a secretaria de Saúde. Para ilustrar esse tema basta olhar para o que aconteceu durante a pandemia de COVID-19 em 2020, com a impossibilidade das ações grupais e restrição de frequência dos usuários. Isso teve um impacto sobre os recursos e capacidade de investimento dos serviços.

“Do orçamento estipulado em contrato, o repasse para as OS's ocorre de duas formas: 1. Do valor total, 90% são repassados às OS's de saúde em parcelas mensais de valor fixo; 2. O repasse dos 10% restantes depende da consecução das metas contratuais. Além do mecanismo de repasse citado, o valor total previsto em contrato pode sofrer alterações de acordo com as metas atingidas pela organização. Em duas avaliações semestrais, realizadas nos meses de julho e dezembro” (Sano,2003 p. 95),

Tabela 1 – Metas x Repasse de Recursos

| # ATIVIDADE REALIZADA | VALOR A PAGAR (R\$) |
|--|---------------------|
| 1. Acima do volume contratado | 100% do orçamento |
| 2. Entre 85% e 100% do volume contratado | 100% do orçamento |
| 3. Entre 70% e 84,99% do volume contratado | 90% do orçamento |
| 4. Menos que 70% do volume contratado | 70% do orçamento |

Fonte (Sano, 2003, p. 96) 

A implantação desse modelo de gestão definiu a estruturação da resposta clínica dos serviços e criou uma dificuldade para fazer reconhecer os seus próprios indicadores de trabalho.

Precisamos recordar que, quando a portaria instituiu o modelo CAPS em 1994, ela o fez, primeiro, como uma mudança do modelo de financiamento das ações clínicas que antes respondiam ao registros de uma ficha de atendimento com classificação por especialidade e passaram a ser submetidos a outra forma de classificação que dividia o uso dos serviços em graus de intensidade: usuário intensivo, aquele que frequenta o serviço todos os dias da semana; usuário semi-intensivo, que faz uso do serviço até três dias da semana; e usuário não-intensivo, que fará uso do serviço até três consultas em um mês.

Há uma evidente contradição entre o que foi estipulado inicialmente para o modelo CAPS e o que foi acertado a partir dos desenvolvimentos da gestão no modelo das OSS. Se, por um lado, se propõe a requalificar os procedimentos dando abertura à construção dos vínculos que servem de guia para o desenvolvimento de ações terapêuticas, por outro, o trabalho com o vínculo é relegado a um segundo plano e se prioriza o número de intervenções protocolares.

Podemos pensar em dois efeitos diretos disso: a diminuição do compartilhamento das ações terapêuticas, já que cada profissional é orientado ao cumprimento de uma meta de intervenções (e, portanto, um incentivo a tomadas de decisão mais solitárias); e a consideração dos espaços intersticiais como dimensões exteriores do campo clínico, visualizadas frequentemente como problemas, transgressões e não adesão ao Projeto Terapêutico.

Uma outra questão aparece vinculada às disputas teóricas frente ao objeto: a noção de doença é problemática quando aplicada ao contexto da saúde mental. Internacionalmente, tem-se optado pela ideia de transtorno, que define uma perturbação temporal, mas exime-se de uma definição cabal sobre a origem (etiologia), sobre os sinais e sintomas que compõem aquele quadro (diagnóstico e diagnóstico diferencial) e, também, sobre o desenvolvimento da condição (prognóstico).

A conhecida definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde como “[...] um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2001) traduz uma

perspectiva reducionista, colocando a saúde como função de um ajustamento social nas condições atuais de uma sociedade profundamente excludente e segregadora. Psicologiza e individualiza, por um lado, definindo-a apenas como bem-estar articulado à autopercepção, e renega a dimensão do mal-estar como experiência estranha e alienígena que não deve fazer parte do panorama existencial do sujeito. De fato, tal entendimento parece confluir para a noção de que a doença (ou o mal-estar) são fruto de um atrito entre as perspectivas sociais esperadas e a resposta do sujeito. Recai sobre o sujeito o ônus desse atrito, e é ele quem deve ser conformado por quaisquer meios.

Autores como Segre e Ferraz (1997) já levantaram essa questão, apontando a insuficiência do conceito da OMS e buscando caminhos para uma superação. Vemos o mesmo movimento em Teixeira (2005), quando se propõe a discutir o conceito de humanização em saúde.

Nas perspectivas teóricas que fundamentam as práticas de cuidado podemos indicar dois grandes modelos de pensamento: um modelo mais organicista, operado pela psiquiatria, que define programas de pesquisa e intervenção baseados em medicações e busca de marcadores biológicos para uma etiologia dos transtornos mentais. Sua lógica reside na identificação dos sinais, utilização dos referenciais dos manuais estatísticos (como o DSM) e estabelecimento de protocolos farmacológicos. Se o reconhecimento e a nomeação cumprem um papel importante na justificação do trabalho, por outro lado, tem-se a impressão de que os maiores esforços estão situados nas primeiras semanas de trabalho com os pacientes (até a estabilização do padrão farmacológico) e, progressivamente, o interesse e as medidas de acompanhamento diminuem. O segundo modelo está mais afeito aos padrões da reabilitação psicossocial, que busca atuar sobre os efeitos de segregação e perda progressiva da contratualidade. O trabalho incide menos sobre a situação da crise e seu acolhimento e mais sobre as perspectivas de inclusão social após estabilização do quadro. Nesse modelo, os esforços acabam sendo dirigidos mais pela equipe não-médica, que se vê confrontada com um esforço imenso de sustentação contínua e suporte para as necessidades dos usuários dos serviços.

Correm por fora os modelos de trabalhos baseados na psicanálise, que tentam articular essas duas pontas buscando oferecer um modelo de acolhimento que não esteja totalmente focado no sintoma nem seja um trabalho voltado apenas ao desenvolvimento de perspectivas de inclusão.

Em sua origem, o CAPS Itapeva apostava em um modelo multidisciplinar como vemos descrito por Yasui (2006), que participou dos primeiros anos de funcionamento do Itapeva. O pensamento é que a comunicação entre as diversas disciplinas pudesse enxergar o indivíduo agravado nos modelos psiquiátricos tradicionais/manicomiais como algo complexo, no sentido adotado por Morin (apud Yasui, 2006). E, ainda, que essas pessoas em situação de vulnerabilidade social, marcada pela perda de laços e possibilidade de circulação, quando em contato com maior número de profissionais capazes de estabelecer vínculo, pudessem exercer o maior número de trocas possível, recobrando modos de circulação antes mitigados. Quando o modelo CAPS se torna política pública, a proposta de trabalho é interdisciplinar, percebendo-se maior ênfase pelo Ministério da Saúde neste modelo de trabalho também pela criação da Estratégia Saúde da Família, em 1994. Resta dizer que a discussão sobre os modos de integração das disciplinas do campo da saúde ainda é bastante disputada; a proposta das leis e portarias é apoiada na noção de interdisciplinaridade e, quem sabe, aponta para a necessidade de desenvolvimento de modelos transdisciplinares. No entanto, há dificuldades no campo ideológico e prático ainda bastante patentes, como a reintegração do modelo manicomial à rede de cuidados em saúde mental.

3 PERSPECTIVAS DO TRABALHO INTER E TRANSDISCIPLINAR

De acordo com as diretrizes da portaria de 2002 que regula os serviços CAPS, devemos conceber que a clínica nesse contexto está baseada num esforço multidisciplinar. O elemento primário da multidisciplinaridade reside no diálogo entre as diversas disciplinas para que a sequência de ações seja compartilhada e sustentada coletivamente. Por isso, é fundamental apontar que o elemento dialógico no planejamento de ações, na tomada de decisões, é o indicador central desta prática.

Se a clínica está apoiada sobre uma prática solitária, em decisões que se dão isoladamente, percebemos que os efeitos sobre a relação com o usuário são drásticos, gerando campos de distensão onde normalmente lidamos com o papel de usuário e não com o sujeito, deixando de considerar seu interesse -- capital para a construção de um projeto existencial e interrelacional. Ademais podem surgir descompassos na equipe, frutos de construções díspares para o projeto terapêutico daquele sujeito. A construção coletiva aqui jaz despedaçada pelo olhar especialista.

Lógico que devemos considerar o princípio da singularidade na lida com os casos, mas isso não significa isolamento e separação, até porque a dimensão da singularidade (cada necessidade é única) se opera em constante exercício de encontro no meio social, e ali, seus sintomas se expressam e ganham a conotação de desajeito, ou pior, de estigma.

Para contornar o problema do isolamento, a primeira estratégia reside na ampliação da referência, no aumento de técnicos envolvidos no cuidado e no planejamento do PTS (Projeto Terapêutico Singular). Há que se levar em conta que o tempo é limitado e a mera discussão clínica em miniequipe não consegue, por si só, ampliar a participação de referências e a qualidade da compreensão clínica. Assim, a criação de um espaço conjunto de agenciamento permitiria essa maior integração, já que compartilharia o tempo da ação e vincularia a demanda do usuário a uma equipe, ao invés de vinculá-la a um único profissional.

Mais que isso, a potência de uma intervenção coletiva e coletivizada ressoa sobre as outras instâncias de cuidado da casa, permitindo ao técnico uma entrada de mais qualidade no acolhimento, pelo aumento de conhecimento das dinâmicas dos casos, pela capacidade de *feedback* sobre o projeto terapêutico gerada pelos encontros espontâneos (ambiência) e, finalmente, pela libertação do profissional para o engajamento em atividades com os usuários.

Dada a complexidade do trabalho no campo da saúde mental e, ainda, dada a natureza complexa do seu objeto, a principal solução apontada para melhor articulação de respostas no campo foi a migração de estratégias separadas e derivadas das definições dos campos disciplinares para uma comunicação mais efetiva entre os parceiros de trabalho, pensando-se inclusive numa recomposição deste campo. Apresentaram-se como horizonte as perspectivas interdisciplinar e transdisciplinar que promoveriam maior abertura e maior fluidez na elaboração de respostas ao cotidiano conturbado da clínica em saúde mental.

Entender a interdisciplinaridade como horizonte das práticas de saúde significa inicialmente a tentativa de rearticular uma lógica de cuidado que se oponha à simplificação e à *fordização* da estrutura de trabalho em saúde.

Há muitas referências que introduzem a necessidade de uma superação paradigmática da epistemologia tradicional positivista para o campo da saúde mental. Em uma definição simplificada há três possibilidades de articulação de uma equipe na busca de uma integração do conhecimento e na admissão de que uma só disciplina revela-se insuficiente para a tarefa: falamos da multidisciplinaridade, da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade; de acordo com Pires (1998) e também Almeida Filho (1997), multidisciplinar define um modelo de colaboração em que se respeitam os limites da identidade profissional, as articulações são dadas por exercícios de complementaridades de atribuições e por uma lógica de responsabilidade que se organiza dentro da sua atribuição funcional. O problema dessa montagem reside no fato de que o salto epistemológico para a compreensão de um objeto complexo não se concretiza. A intervenção continua a acontecer sobre o objeto definido dentro da disciplina isoladamente. Ademais, não há garantias de que as intervenções sejam sinérgicas.

A interdisciplinaridade, por sua vez, apontaria um degrau acima de organização e compartilhamento, já que sua principal característica estaria no compartilhamento dos processos decisórios por uma equipe, que pensaria o trabalho a partir de diferentes perspectivas, decidindo também conjuntamente sobre as ações a serem tomadas. Nesse caso, a natureza do objeto de intervenção sofre uma transformação, uma vez que ela tem que ser projetada a partir de diferentes lugares e recomposta a partir dos processos decisórios. A grande dificuldade surge das inseguranças pelo abandono da identidade profissional e pelos impasses decorrentes dos processos de decisão coletivos.

Finalmente, o modelo da transdisciplinaridade seria definido por um passo ainda mais radical na reconfiguração do paradigma epistemológico da equipe, pois o que se supõe é que a identidade profissional é reconfigurada no exercício profissional para se ajustar às expectativas de ação sobre o objeto. Teríamos um objeto que, ao se reconfigurar, forçaria a reconfiguração da própria equipe. Seriam ações sustentadas por todos os integrantes do grupo sem a hierarquização típica dos processos ambulatoriais.

Edgar Morin (2000) coloca em pauta justamente os processos de religação dos saberes, separados pelo modelo epistemológico da ciência positivista tradicional.

De acordo com Morin (2000), existem sete princípios que nos ajudam a compreender a dimensão da complexidade, onde esse dispositivo interdisciplinar operaria: o princípio da recursividade organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo; o princípio “holográfico”, em que a parte está no todo, assim como o todo está nas partes; o princípio do circuito retroativo, em que a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa, gerando um efeito subsequente; o princípio do circuito recursivo, em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz; o princípio da autonomia/dependência entre sujeito/ambiente; o princípio dialógico – a união entre a ordem e a desordem gera novas organizações –; e o princípio da reintrodução do conhecimento em todo o conhecimento, revelando o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/ tradução feita por uma mente em uma cultura determinada.

A superação epistemológica proposta por Morin é ao mesmo tempo um horizonte que promete a reconfiguração do campo e uma perspectiva mais integradora de atenção, mas também uma dificuldade, pois, face às exigências de abertura autocrítica e reformulação, a equipe em geral tende a reagir com medo e apego aos parâmetros tradicionais de sua identidade profissional.⁴

⁴ Scarcelli aponta essa questão no plano da própria Psicologia Social: “Atualmente, muito tem-se discutido sobre transdisciplinaridade, pensamento complexo, epistemologia da complexidade, etc. Discussões que levam à construção de esquemas conceituais, metodologias e epistemologias diversos; que tratam, à sua maneira, de buscar diálogo entre manifestações culturais e campos problemáticos distintos, até mesmo entre aqueles considerados inconciliáveis. São modos transgressores de desenvolver o pensamento, como fez Pichon ao ultrapassar as normas que impediam a descoberta; ao associar o dissociado; ao valorizar o contraste, o heterogêneo, o diferente; ao buscar nexos e relações onde aparentemente eles não existem e se esforçar na construção de uma epistemologia convergente, a partir de seu objetivo de superar antinomias científicas e a fragmentação nas práticas e ações do ser humano”. (Scarcelli, 2016, p.57-58)

Teixeira, ao buscar uma definição mais ampla do conceito de saúde, que escape às dicotomias do pensamento da eficácia liberal fordista, nos alerta:

“o desafio de construção de redes na saúde é muito maior do que simplesmente garantir a ‘integração do sistema’ ou a ‘coordenação do cuidado’. É também, por exemplo, o desafio de produzir redes colaborativas e sociais para troca de opiniões éticas entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde”. (Teixeira, 2015 p.40)

A comparação do modelo de ação e pensamentos da equipe se assemelha à história de Robinson Crusóé, que, abandonado numa ilha deserta, se esforça para recompor seu mundo a partir de suas referências, mas negando toda e qualquer possibilidade do encontro com o que lhe desafia. O uso das palavras é significativo neste exemplo, pois *Sexta-feira* (referência da herança de Robinson) é o termo designativo da memória de um passado não mais presente e a defesa contra o encontro com aquele que pertence a outro universo.

Em tese recente, Oliveira (2021) utiliza-se da terminologia *multidisciplinaridade* na perspectiva de buscar uma integração que medie o diálogo entre as disciplinas. Assim, um princípio de articulação não precisaria estar posto de forma hierárquica para operar. Os efeitos diretos sobre a equipe exigem um trabalho de reformatação das lógicas hierárquicas que “naturalmente” se colocam nas relações dos trabalhos de equipe. Como, por exemplo, o lugar “natural” do médico na coordenação das tomadas de decisão clínica. É comum escutar o argumento de que isso se dá com base na responsabilização cível e criminal do exercício da medicina e que as consequências de um tratamento malsucedido necessariamente recairiam sobre ele. A questão é que o próprio papel do Estado, ao instituir um serviço de conotação multidisciplinar, acaba por dissolver esse cacoete jurídico. Se na criação do serviço a norma técnica define a constituição da equipe de cuidado como equipe multidisciplinar, então a responsabilidade recai sobre a equipe que tem de arcar com a responsabilidade compartilhada nos processos decisórios.

Ainda, na tese de Oliveira (2021), ela assenta a construção da transdisciplinaridade no “trânsito dos sujeitos e dos coletivos do discurso” (Oliveira, 2021, p.16). Parece-me uma mudança de registro epistêmico que precisa ser operada. Conceber não uma forma hierarquizada de articulação das disciplinas envolvidas no

cuidado, mas construir um envolvimento dos profissionais com o serviço e com o trabalho.

Segundo Campos (2000), Gastão Wagner definirá *núcleo* como o estabelecimento de identidade de cada disciplina e *campo* como um espaço de limites imprecisos entre as disciplinas, que buscariam apoio para responder às tarefas teóricas e práticas. Isso configura não só um projeto em construção, inacabado, como também um campo de tensões e disputas.

4 DIMENSÃO E OBJETIVOS DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL

Quando falamos de objetivos clínicos no campo da saúde mental adentramos numa grande controvérsia que coloca em disputa dimensões epistemológicas diferentes, as quais tentam se estabelecer como discurso hegemônico no campo.

A primeira maneira de compreender, oriunda de uma visão organicista, toma o transtorno mental como uma doença decorrente de um desequilíbrio no sistema de neurotransmissores, que impactaria a capacidade de resposta e processamento cerebral de um indivíduo. O transtorno mental seria antes de tudo uma marca, um sinal do déficit de funcionamento da estrutura cerebral que precisaria ser restabelecido através do controle ou suplementação.

Esse raciocínio deriva da noção de que o transtorno é individual e em geral decorrente de uma predisposição genética. E que a manifestação do sintoma é efetivamente o que deve ser combatido.

Moncrieff (2022), ao publicar uma meta análise sobre a teoria do desequilíbrio de neurotransmissores, não encontra evidências que sustentem essa hipótese de causalidade.

“A teoria do desequilíbrio químico da depressão ainda é apresentada por profissionais, e a teoria da serotonina, em particular, formou a base de um considerável esforço de pesquisa nas últimas décadas. O público em geral acredita amplamente que a depressão foi demonstrada de forma convincente como resultado da serotonina ou de outras anormalidades químicas, e essa crença molda como as pessoas entendem seu humor, levando a uma visão pessimista sobre o resultado da depressão e expectativas negativas sobre a possibilidade de auto-regulação do humor. A ideia de que a depressão é o resultado de um desequilíbrio químico também influencia as decisões sobre tomar ou continuar a medicação antidepressiva e pode desencorajar as pessoas a interromper o tratamento, levando potencialmente à dependência dessas drogas por toda a vida” (Moncrieff et al., 2022, p.11)

A consequência de um tratamento pautado nessa visão é a adesão ao medicamento em primeiro lugar como se por si só ele resolvesse a questão clínica. O lugar da equipe passaria a ser o de assegurar a adesão à farmacoterapia.

Essa visão, embora em dissonância com as prerrogativas da legislação, mantém-se presente e é constantemente fortalecida pela equipe médica e de enfermagem nos serviços. A hipótese que levantamos é de que o campo de formação universitária permanece, no caso da medicina e de alguns cursos de enfermagem, desequilibrado em relação às premissas da legislação.

Há um segundo modelo consoante às políticas públicas que se denomina reabilitação psicossocial e que é estabelecido principalmente a partir dos trabalhos de Saraceno (2001).

Para a matriz da reabilitação psicossocial, a intervenção é pensada a partir das consequências dos transtornos mentais e dos efeitos que o transtorno traz sobre os agenciamentos da vida. Assim, mais do que compreender qual é a classificação nosográfica da patologia, pensa-se nas restrições produzidas no campo existencial desse sujeito, basicamente um comprometimento da capacidade de realizar agenciamentos sociais descrito como perda de contratualidade. Isso quer dizer que as chances de estabelecimento de trocas sociais produtivas são diminuídas e cria-se uma tendência ao isolamento e à solidão, o que por sua vez aumenta a chance de agravamento da sintomatologia. Restituir o sujeito ao grupo, buscar estratégias para pensar redes de proteção e cuidado, acesso a bens de cultura e a direitos básicos constituem pilares desse modelo.

“Várias pesquisas epidemiológicas atuais constataram, contrariamente aos postulados da psiquiatria tradicional, que a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno mental não são intrínsecos à doença, mas ocasionados por um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, em geral ligadas ao contexto da família e da comunidade, passíveis de modificação por meio de um processo de intervenção. Por serem essas variáveis ligadas ao meio ambiente do paciente, pressupõem intervenções no nível ambiental que se distanciam das intervenções tradicionais do modelo psiquiátrico de abordagem biológica. Assim, afirma-se que “uma intervenção sobre a psicose tem sentido, desde que conduzida sobre ‘todo o campo’, influenciando assim sobre a complexa constelação de variáveis que constituem os fatores de risco e os de proteção. [...] Nesse sentido, a necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da psicose”. Dessa forma, observa-se que a proposta de reabilitação de Saraceno considera a complexidade do indivíduo, enfocando

diversos fatores em interação, sendo, portanto, compatível com os princípios da auto-organização.” (Lussi et al., 2006, p. 450)

Podemos nos referir a três objetivos fundamentais nesta compreensão: o aumento da contratualidade, o referenciamento e o acolhimento.

Aumento de contratualidade refere-se à “abertura de novos espaços de negociação para o paciente, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente...” (Saraceno, 2001, p.111). Isso quer dizer que o objetivo da intervenção é pautado no nível de isolamento e empobrecimento das trocas sociais, e que cabe ao profissional um papel de mediação ou “empréstimo de sua contratualidade” para assegurar uma melhora na autodeterminação do paciente.

A estratégia do referenciamento é um princípio de gestão que atribui a um profissional técnico o papel de mediador e negociador do PTI do paciente. A tese é de que essa negociação possa ser feita com um grau de proximidade e vínculo, articulando o tempo da escuta e implementando a participação efetiva do paciente no dispositivo de tratamento.

“No Manual dos CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004), o técnico de referência é definido como aquele que tem como responsabilidade o monitoramento do usuário, o projeto terapêutico individual, o contato com a família e a avaliação das metas traçadas no projeto. Furtado e Miranda (2006) acrescentam que o dispositivo técnico de referência constitui uma aproximação entre o profissional ou equipe a certo número de usuários, ocasionando uma assistência de modo singular por meio de um projeto terapêutico individual.” (Silva e Costa, 2010, p. 2)

Nesse mesmo artigo de Silva e Costa (2010), encontramos a indicação de que esse modelo de trabalho produz um impacto significativo sobre as relações, induzindo uma reconfiguração do campo das relações entre profissionais, famílias e usuários. O que, por sua vez, acaba por trazer novas responsabilidades e questões na atuação profissional.

Acolhimento é um termo largamente empregado para descrever as estratégias de intervenção, mas que deveria ser esclarecido para subsidiar as práticas de assistência e atenção. Em primeiro lugar podemos tomar o acolhimento em sentido

amplo, como abertura às demandas da população. Nesse sentido, acolher significa uma disposição de cuidado e escuta que deriva da consideração da necessidade do usuário. Isso se reflete nos serviços no conceito de *porta aberta*: qualquer usuário deve ser atendido, mesmo que sua demanda não seja originalmente para o equipamento e mesmo que o usuário não pertença ao território. Há ainda um sentido mais específico vinculado às estratégias para lidar com o usuário em crise e, assim, acolher é o restabelecimento do padrão de funcionamento psíquico basal, isto é, o estabelecimento de um vínculo e a capacidade de estender uma condição de continência para aquele momento de agitação.

“O acolhimento na saúde apresenta-se como uma tecnologia de cuidado eficiente para reorganizar o trabalho, a partir de uma lógica usuário centrada. Percebeu-se a importância da equipe de saúde acolher os aspectos subjetivos em todas as ações que desenvolve e que não é estratégico criar um momento ou espaço exclusivo de acolhimento em saúde mental.” (Minóia e Minozzo, 2015, p. 1347)

Como dispositivo de implementação técnica destes objetivos, é fundamental destacar o papel do grupo nas suas diferentes modalidades e, também, da incursão na territorialidade.

Presente como dispositivo de cuidado, o campo grupal habita o plano da saúde coletiva desde o início do século passado. Muitas vezes justificado como uma maneira de ampliar o alcance da intervenção em saúde, não é aí, no entanto, que reside seu maior benefício.

Precisaríamos compreender o problema da mudança psíquica para melhor entender a capacidade e eficácia do dispositivo grupal. O cerne de qualquer perspectiva de intervenção clínica está na capacidade de modificar a situação causadora do distúrbio, criando condições para uma equilíbrio sustentável. Quero dizer com isso que se faz necessário compreender o plano do sintoma como uma resposta a um campo determinado e esta resposta pertence a um circuito discursivo que designa lugares. A intervenção deveria se aproximar do *locus* (lugar de encenação) do sintoma.

As condições de reestruturação de cena dar-se-iam em dois lugares: no campo transfero-contratransferencial dos dispositivos de intervenção e também pela rearticulação dos modelos de relação familiares e comunitárias.

O atravessamento do fantasma, no primeiro caso, com a elucidação e simbolização do campo do sintoma, pode ser entendido pelas mudanças de conduta e por uma perspectiva mais participativa no seu processo de tratamento.

Longe de uma submissão a um argumento de autoridade (refiro-me às disputas entre disciplinas que atravessam os debates que organizam o projeto terapêutico), a construção de um PTS atravessa questões ligadas a um projeto de vida/existência que precisam partir do sujeito.

No segundo caso, a rearticulação dos papéis permitiria o acesso a novos repertórios existenciais e à criação de vínculos mais saudáveis e suportivos.

Finalmente, não podemos nos esquecer de que há também para a instituição de tratamento um papel fundamental, que é de sustentar o ideário da reforma e capacitar outros serviços na lida com situações que muitas vezes extrapolam suas determinações originais (no caso de uma UBS, por exemplo).

Esse procedimento de troca e capacitação ficou conhecido como matriciamento.

A ideia de matriciamento surge como uma tentativa de aperfeiçoamento da noção de referência/contrarreferência, que organizava anteriormente o fluxo na rede de atendimento. Há aqui algumas noções importantes para serem pensadas: em primeiro lugar, a territorialidade como critério de atendimento (as ações de saúde são elegíveis para o usuário desde que ele resida na região). Estão excluídos desse critério moradores de rua, ou moradores permanentes (seis meses pelo menos) de equipamentos de acolhimento (Centros de Acolhida) da cidade. Ocupações, moradias provisórias e ou precárias são consideradas como moradias formais e determinam as possibilidades de atendimento na região. No caso do refugiado/imigrante em situação de passagem ou acolhido provisoriamente na casa de conhecidos, isso fica sujeito à interpretação do serviço. Por essa razão, podemos pensar que os atendimentos feitos a essa população têm dificuldade de acessar o serviço mais próximo da localidade da ONG. O que cria dificuldades para a articulação de parcerias com as ONGs no atendimento.

O grau de complexidade dos serviços regula os níveis de atendimento/fluxo no sistema. Mas as noções de nível primário, secundário ou terciário não são totalmente claras na atribuição de responsabilidades do sistema. Por exemplo, um CAPS (que imaginamos como estando no nível secundário, por estar definido como serviço alternativo à internação psiquiátrica) opera em uma zona de complexidade

semelhante à do hospital de internação e, simultaneamente, promove ações como a da visita domiciliar, práticas de orientação que muito bem poderiam estar enquadradas no nível primário.

Assim, a estratégia de matriciamento aparece como elemento de articulação dos processos da rede, redistribuindo e esclarecendo as competências e regulando o fluxo. Sua proposta envolve ações de promoção da integração e agilidade nos atendimentos da rede, bem como a capacitação e formação continuada das equipes da ponta.

Mas é preciso notar que, se o texto da portaria institui o processo, ele não estabelece da mesma forma um protocolo de intervenção. O que é comum na rede paulista é o estabelecimento de reuniões interserviços que levam casos-problema para a discussão e definição das possibilidades de ação na rede. Em ocasiões em que aparece uma situação complexa de transtorno mental severo envolvendo refugiados, dada a dificuldade da comunicação e inexistência de protocolos específicos de regulação da ação de saúde para esta população, a questão deve aparecer nesse campo (do matriciamento).

Há pelo menos duas críticas mais frequentes a esse sistema de matriciamento (embora todos os textos a que tive acesso apresentem o matriciamento como fórmula resolutive): tratar a urgência não significa arrumar o fluxo. O caso-problema é sempre uma exceção e não se configura numa melhor relação e nem melhor compreensão do fluxo entre serviços. O efeito direto disto seria sempre uma solução particular (e muitas vezes privada) do caso, que não alimenta o serviço e nem lhe faz repensar a necessidade de se adaptar e criar estratégias específicas para essa população.

Ainda, é comum escutar queixas dos serviços básicos sobre a ingerência ou, por vezes, a arrogância dos serviços especializados, que frequentemente impõem sua pauta e interesses e desconsideram a realidade da atenção básica. Há tentativas de driblar esse problema pelo estabelecimento de pólos de colaboração com grupos de acolhimento de coordenação compartilhada entre os serviços.

5 MODELO DE VULNERABILIDADE (MULTIFATORIAL) APLICADO À SAÚDE MENTAL

A observação do lugar social dos usuários de serviços de saúde mental demanda uma discussão ampla sobre o impacto social na sua vida. Por isso, a ideia de vulnerabilidade, que serve para caracterizar uma situação de opressão constante que pede acolhimento social e o desenvolvimento de políticas de cuidado, deve ser aplicada também a essa população.

Segundo Carmo e Guizardi (2018) a utilização do termo *vulnerabilidade* começou no início dos anos 1980 nos estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida – ela buscou se contrapor à noção de grupo de risco a fim de poder mapear as necessidades e modalidades de acolhimento para a população acometida por essa doença. Assim, a noção de vulnerabilidade buscou reconhecer a influência das conjunturas macrossociais e a sua articulação com a dimensão pessoal.

“A conjugação de componentes relacionados ao tipo das informações recebidas pelos sujeitos, aos recursos e oportunidades para a obtenção e manuseio destas informações e às maneiras planejadas e democráticas de se potencializar tais recursos, permite alcançar a feição sintética do conceito de vulnerabilidade que, em saúde, não pretende superar a feição analítica do conceito de risco, ao passo que dialogam e se complementam em suas singularidades, interesses e limites, vinculando-se a diferentes referenciais ético-políticos”.(Carmo e Guizard, 2018, p.7)

As autoras sustentam que, ainda que o termo *vulnerabilidade* carregue imprecisões frutificadas pelo processo de construção conceitual em que se encontra, há avanços na discussão da realidade dinâmica e multideterminada. A aceção da vulnerabilidade como parâmetro de reflexão e atuação implica o reconhecimento da concomitância de fatores éticos, políticos e técnicos contornando a incidência de riscos nos territórios e a capacidade humana para o seu enfrentamento.

O conceito de vulnerabilidade é amplo e não totalmente estabelecido, mas podemos afirmar que há um relativo consenso de que o estado de vulnerabilidade é resultado da confluência da exposição aos riscos, da incapacidade de resposta e da inabilidade de adaptação.

“Valendo-se da impossibilidade de restringir a gênese de processos excludentes e subalternizantes à questão da ausência ou insuficiência de renda, a vulnerabilidade vem se delineando como categoria que equaciona mais amplamente a problemática, admitindo condutas intersetoriais entre as políticas públicas. Contudo, a incorporação das vulnerabilidades no escopo da atuação da política pública de assistência social, no sentido de superá-las, é um processo que revela contradições, pois, partindo de um direcionamento colocado pela cartilha dos organismos internacionais, pode dirimir ou mesmo intensificar a vulnerabilização dos sujeitos.” (Carmo e Guizardi, 2018, p. 10)

No que diz respeito à vulnerabilidade social, ela é definida como carência, desatualização ou imobilidade de ativos; os últimos correspondendo, grosso modo, às diferentes formas de capital (físico, humano e social), ao trabalho, ao patrimônio e à capacidade de exercer influência sobre aqueles que tomam decisões e distribuem recursos (para organizações, representações, vínculos etc.).

É comum operacionalizar a vulnerabilidade social como exposição do principal risco social, qual seja, o de cair na pobreza. Esse tipo de equivalência é muito frequente atualmente devido à crescente volatilidade das receitas e dos sinais da intensificação dos índices de rotatividade em torno da linha da pobreza.

A ideia de vulnerabilidade também precisa ser cotejada com a noção de interseccionalidade. Mcgibbons e Macpherson(2010) discutem esse conceito e definem que a noção de interseccionalidade foi construída a partir de um trabalho de Crenshaw como uma forma de evidenciar a ausência da experiência das mulheres negras no discurso feminista e antirracista, pois as análises dos impactos da interseção entre racismo e sexismo estavam ausentes. As opressões da sociedade não operam independentemente, mas interagem em padrões complexos e aditivos. Essas opressões podem produzir uma complexa sinergia de desvantagens materiais e sociais.

O contexto da vulnerabilidade pode naturalizar a condição de opressão, que passa a ser encarnada como uma categoria ontológica da população vulnerabilizada. Tentando contornar esse problema, é preciso estar aberto aos efeitos de recobrimento e silenciamento que podem ocorrer no cenário de cuidado.

Em seu texto clássico “Pode o Subalterno Falar”, Spivak (2010) traz uma discussão fundamental acerca da questão de como a representação, pode simultaneamente apontar uma linha de fuga ou um enrijecimento das estratégias de

opressão pela retirada da voz daquele que se encontra em condição subalternizada. Ela apresenta duas tradições a partir de onde entendemos o termo *representação*: por um lado encontra-se o termo no sentido de falar por, da maneira que se expressa na política; e, por outro, a *re-presentação* como aparece na filosofia e na teoria da arte. Sua crítica dirige-se a Deleuze: “Não há mais representação, não há nada além da ação” (Deleuze in Spivak, 2010, p.31), o teórico nesta condição se colocaria na posição de falar pelo grupo oprimido, mitigando sua capacidade de organização e aprofundando seu estado de submissão.

O primeiro sentido de representação viria do termo alemão *vertreten* e *darstellen* designaria o segundo sentido.

“*Darstellen* pertence à primeira constelação; *vertreten* – que sugere conotações mais fortes de substituição –, à segunda. Mais uma vez, os termos são relacionados, mas agrupá-los, especialmente com o objetivo de dizer que além destes termos se situa o lugar no qual os sujeitos oprimidos falam, conhecem e agem por si mesmos leva a uma política utópica e essencialista” (Spivak, 2010 p.35).

O termo *classe subalterna* passa a ser usado com a finalidade de referir a grupos que estão fora da estrutura estabelecida de representação política (Neves, 2010 in Lino, 2015). Assim, o termo passou a se referir a qualquer pessoa ou grupo de categoria inferior, seja pela raça, gênero, classe, orientação sexual, etnia ou religião.

A contundência da crítica é marcante e conversa diretamente com o campo da assistência. Quantos discursos substituem – recalcam até– a discursividade do usuário de um serviço de assistência. Negam a possibilidade do dizer que, quando aparece, o faz como figura da recusa. As estratégias definidas de intervenção têm partido da presunção de um conhecimento já estabilizado sobre as questões e com pouca margem de abertura para uma escuta que aspirasse a dimensões de autonomia e emancipação.

Se observarmos atentamente, a situação descrita por Spivak é ainda a mesma: um discurso interessado que ainda confunde o deslocamento dos sentidos da representação. As propostas de intervenção, ainda encantadas pela sua própria posição de autoridade, enxergam os subalternos que querem enxergar e velam sua própria face no processo.

Quando a dimensão do cuidado aparece é possível notar que ela se estabelece sobre uma assimetria, algo que um discurso de autoridade cobre e torna opaco o sujeito em sofrimento. Num estudo realizado junto ao CAPS Itapeva essa situação ganha relevo, a voz do usuário aparece em negativo, ganhando força de expressão apenas quando recusa.

“De modo geral, entende-se que a recusa é pontuada pela equipe, em relação ao tratamento, como quebra de expectativa pela manutenção do cuidado no CAPS. Este cuidado é esperado a despeito dos parâmetros que a equipe levanta como determinantes da necessidade de tratamento ou, ainda, como apenas possível quando configurado do modo que ela o propõe. Do que é elaborado no arquivo pela equipe no contato com o usuário, há ênfase em aspectos que revelam o usuário em seu negativo, nas suas faltas patentes neste encontro, atestando sua situação de risco e carência. Há aí uma dupla construção pela equipe, em que a pessoa tratada pela saúde mental é tomada desde o contato inicial como desvalida, de modo que as falas levantadas nos prontuários ratificam esse entendimento estanque e com poucas aberturas para que intervenções sejam pensadas. Entende-se que a atenção redobrada ao que falta ao usuário como problema a ser resolvido gera um quadro de impossibilidade de trabalho. O movimento da equipe é então de apostar que possibilidades prodigiosas de trabalho poderão ser formuladas com uma nova proposta de PTS (Projeto Terapêutico Singular). Daí se retoma a concepção de que a equipe opera o PTS como solução final ao usuário, de modo que este projeto é apresentado novamente ao usuário como acabado em si mesmo”. (Furlan e Fadden, 2016, p.59-60)

A ideia é que, se esta situação se encontra corriqueiramente no exercício dos modelos de atenção, devemos esperar que o encontro inclua a possibilidade de seu esgotamento, de seu fracasso – quando nossa solução não se faz como resposta à demanda do outro.

“Desse fracasso poderia surgir um novo sentido da ética do encontro que viria do reconhecimento dos limites do próprio reconhecimento. “Conhecer os limites do reconhecimento é conhecer inclusive esse fato de maneira limitada: como resultado, é experimentar os próprios limites do saber. Há sempre esse limite do que se pode narrar em um pedido de refúgio e do que se pode saber sobre o refugiado. A resposta à pergunta ‘Quem és?’ nunca é final, e não podemos jamais esperar que essa seja satisfatória”. (Castanho, 2017 p.79-80)

Faz-se necessária, como vemos, a criação de um espaço onde novas dimensões da discursividade possam ser exploradas, onde a comunicação se descole de seu plano denotativo.

“Entre o deciframento e a criação instala-se a distinção entre a palavra que serve à comunicação e, já gasta e arranhada pelos significados que a ela se associaram e a palavra que se inaugura e dá nascimento ao significado imprevisto” (Fernandes, 2005 p.114)

Na descrição do exercício cotidiano das práticas públicas muitas vezes o acesso é atravessado por conflitos inerentes ao sistema de gestão de políticas públicas, o que sugere que:

“Nestas relações hierárquicas, ocorrem importantes problemas informacionais, principalmente a seleção adversa e o risco moral. A seleção adversa refere-se às “informações ocultas”, isto é, ao comportamento de uma das partes voltado a esconder informações, crenças e valores que poderiam induzir a outra parte a fazer escolhas diferentes. Já o risco moral trata de “ações ocultas”: acontece quando uma das partes adota um comportamento oportunista, a exemplo de esquivar-se ou negligenciar suas responsabilidades (em inglês, *shirking*), pois avalia que o risco de sofrer uma punição é menor do que o benefício oriundo da conduta egoísta (Moe in Bonelli et al., 2019, p. 807).”

O campo da avaliação das práticas de assistência é, ainda hoje, a despeito de vários esforços nesse sentido, um campo aberto. Bonelli (2019) aponta a necessidade de aprofundar os estudos nessa área.

“No Brasil, existe a necessidade de desenvolver estudos empíricos que permitam compreender mais profundamente o papel da burocracia – principalmente a de nível de rua – e de outros atores públicos e privados na execução de diferentes *policies* e que forneçam soluções inovadoras para o processo de tomada de decisão na fase de implementação. Acredita-se que pesquisas conduzidas nas linhas apontadas neste trabalho podem não somente contribuir para os necessários avanços teóricos no campo da Administração Pública nacional, mas também na formulação de soluções para o aprimoramento, qualificação e inovação do processo decisório dos agentes

do Estado, e dos demais atores sociais envolvidos, na implementação de políticas públicas.” (Bonelli et al., 2019, p. 813)

O conceito de burocracia de nível de rua, de acordo com a visão de Lipsky (2010), é a compreensão de como as pessoas experimentam as políticas públicas nos domínios críticos para o nosso bem-estar e senso de comunidade. Ele mostra como as ações individuais dos trabalhadores desse setor se agregam para formar as políticas públicas efetivas e como essas burocracias se relacionam com os cidadãos. Esse paradoxo é um esforço constante para tratar todos os cidadãos igualmente em suas reivindicações ao governo e, ao mesmo tempo, ser sensível a um caso individual quando necessário. Este termo sinaliza essa tensão, uma vez que a burocracia implica um conjunto de regras e estruturas de autoridade, enquanto o "nível de rua" implica uma distância do centro onde supostamente a autoridade reside. (Lipsky, 2010, pp. 17-18)

Lipsky (2010) faz várias críticas ao sistema de burocracia de nível de rua. Ele argumenta que esses trabalhadores têm pouca autonomia para decidir como fazer seu trabalho dentro de uma enorme estrutura burocrática, o que pode gerar frustração e desmotivação. Além disso, ele aponta que as políticas públicas muitas vezes se concentram na satisfação dos objetivos de desempenho estabelecidos em detrimento das necessidades reais dos cidadãos que estão recebendo os serviços. Lipsky também menciona que os trabalhadores de nível de rua muitas vezes enfrentam uma enorme pressão para atender a uma demanda crescente de serviços, ao mesmo tempo em que têm recursos cada vez mais limitados.

Podemos ver também essa discussão no trabalho de Sposatti e Lobo (1992):

“Sem dúvida, as questões conjunturais são reflexos de uma estrutura econômica fundada na profunda e perversa desigualdade econômica e social da realidade brasileira. Todavia, o segredo está em como tocar a estrutura pela conjuntura, que é a sua forma concreta, ainda que aparente, onde se pode atuar no cotidiano. No "jogo do empurra" de uma instituição para outra, termina sendo reproduzido o jogo dos guichês da burocracia, que vai irresponsabilizando os funcionários, um a um.” (Sposatti e Lobo, 1992, p. 11)

Todas as discussões sobre a reinscrição das estratégias de cuidado passam por uma reformulação epistemológica: superar as dicotomias sociedade e indivíduo

em busca de um pensamento capaz de esclarecer os processos de subjetivação que irão desembocar nas formas indivíduo e sociedade com as quais lidamos.

Escóssia e Kastrup (2005), ao trabalhar o conceito de coletivo, afirmam que ele precisa ser repensado para não apenas descrever um plano que se oporia ao individual idêntico ao campo social. A categoria assim formulada seria rasa e determinada por uma dicotomia que esteriliza o pensamento. Sua proposta é que reservássemos o conceito de coletivo a um plano de engendramento que se reinstitui e cria os termos que por sua vez definem o campo fenomênico. Coletivo seria um plano relacional produtor dos termos, insistindo que ele não se reduz ao social totalizado e que seu funcionamento não pode ser apreendido através das dinâmicas das relações interindividuais ou grupais.

“Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém, com um animal, com uma coisa –uma máquina, por exemplo – não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela.

A relação, entendida como agenciamento, é o modo de funcionamento de um plano coletivo, que surge como plano de criação, de coengendramento dos seres. Cabe ressaltar que este plano coletivo e relacional é também o plano de produção de subjetividades.” (Escóssia e Kastrup, 2005 p. 303)

Há semelhanças entre a posição defendida por essas autoras e a noção de intermediário presente no pensamento de Kaës. No texto publicado em 2003 em que apresenta o conceito de intermediário, Kaës diz que o objeto intermediário sustenta a ligação entre elementos separados e tem um valor fundamental, já que opera como uma garantia contra a separação destes. A função de articulação cumpre um papel de destaque quando buscamos compreender as expressões do mal-estar contemporâneo.

“quando os grupos de base se desorganizam ou são destruídos, nós podemos compreender que o recurso aos modos de defesa tradicionais (pensamento mágico, feitiçaria, projeção sobre o exterior) se tornam inoperantes. Esta pane (défaillance) está diretamente implicada na gênese de perturbações graves da percepção da realidade. Com efeito, o indivíduo desculturalizado em seu grupo e a autoridade desqualificada frente ao grupo

são privados do ambiente tradicional que permitiria a utilização dos mecanismos de projeção da angústia e da culpa sobre o grupo e o feiticeiro. A autoridade, ao invés de garantir o lugar e a ordem no grupo (e por isso mesmo as instituições da segurança), torna-se o único cimento da última coesão familiar e pessoal. Mas, quando a autoridade se torna muito coercitiva, surgem novos problemas, pois ela não terá mais efeito positivo; não transmite mais nada. (Kaës, 2003, p.24)

Assim os processos psíquicos estão apoiados e são em parte dependentes da vida psíquica do outro. O que se sustenta nesse apoio é a própria condição de transmissão, circulação e formulação do pensamento. O estudo sobre o trabalho psíquico dos grupos carrega uma dimensão política, abre o debate para a compreensão de novas posições subjetivas e articulações no campo do vínculo.

“A essa máquina de produção de subjetividade se oporia a ideia de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, aquilo que poderíamos chamar de ‘processos de singularização’, uma maneira de recusar esses modos de codificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos”. (Guattari e Rolnik, 1999, p.29)

A máquina da história, necessariamente deslocada, se movimenta porque a identidade dos interesses desses proprietários não consegue produzir um sentimento de comunidade, de ligações nacionais ou de organização política.

“A unidade real mínima não é a palavra, nem a ideia ou conceito, nem o significativo, mas agenciamento. Sempre um agenciamento que produz os enunciados. Os enunciados não têm por causa um sujeito que agiria como sujeito da enunciação, tampouco não se referem a sujeitos como sujeitos de enunciado. O enunciado é o produto de um agenciamento, sempre coletivo, que põe em jogo, em nós e fora de nós, populações, multiplicidades, territórios, devires, afetos, acontecimentos. O nome próprio não designa um sujeito, mas

alguma coisa que se passa ao menos entre dois termos que não são sujeitos, mas agentes, elementos". (Deleuze, 1998, p.65).

Na sociedade, antes mesmo de "sabermos" já estamos inseridos dentro de um contexto que se materializa pela transmissão do Outro, este sendo agente e resultado de outros agenciamentos. O enunciado é o produto de um agenciamento, ou melhor, de um conjunto de agenciamentos, tal como o grupo, um produto do coletivo.

"O que todas essas ocorrências têm em comum é o princípio semiótico de que algo está 'passando por' outra coisa, ou que uma pessoa ou grupo está falando em nome de outras pessoas ou grupos". (Bahri, 2013, p.665).

6 O TEMA DA REPRESENTAÇÃO NA PSICANÁLISE

O tema da representação também ocorre na psicanálise e certamente é possível traçar paralelos com a discussão apresentada por Spivak. A noção de representação é inicialmente situada no contexto da inscrição psíquica e aparece para designar o elemento que dá suporte à pulsão. Esse trabalho supõe uma mediação e a transformação da experiência bruta em elementos de pensamento. A discussão de Bion sobre a transformação das partículas beta em elementos alfa através da função de *rêverie* ilustra particularmente esse processo.

Esse conceito tem um lugar de destaque, ainda mais a partir das questões levantadas por Green (1975) e também por Kaës e Henri acerca da *dis-inscrição*.

“O objeto dis-inscrito é aquele que por um ou mais aspectos de sua realidade visível faz ressurgir em todos os demônios que o longo e frágil trabalho de socialização - o ‘Kulturarbeit’ - havia com grande dificuldade recalçado, contido ou revestido de uma aparência cultural apresentável.”
(Henri, 2013, p.2)

Ainda, o conceito de representação levanta uma problemática relevante para a técnica psicanalítica e para a contribuição que a psicanálise pode oferecer ao trabalho com a clínica em instituições de saúde mental, isto é, a clínica complexa.

No trabalho de Hanns (1996) sobre a terminologia alemã utilizada por Freud, vemos a ideia de representação ser utilizada a partir de diferentes vocábulos: *Darstellung*, *Vorstellung* e *Repräsentanz*. Cada um dos termos carrega sua particularidade e acaba sendo subsumido pela tradução no conceito de representação. Assim como a crítica de Spivak, que aponta a diferença entre *darstellung* e *vertreten*, é interessante acompanhar o raciocínio na explicação das dificuldades de tradução dos termos alemães em Freud por Hanns, para melhor definir os diversos sentidos da noção de representação.

De acordo com Hanns (1996), *darstellung* “é geralmente empregado por Freud no contexto dos sonhos para designar a capacidade de determinado conteúdo figurar na linguagem onírica, *Darstertbarkeit* (figurabilidade ou representabilidade).

O verbo *darstellen* e o substantivo *Darstellbarkeit* são habitualmente traduzidos por "representar"/"representabilidade" ou "figurar"/"figurabilidade". O verbo *darstellen*

algumas vezes é traduzido por "apresentar" e "constituir". *Darstellen* implica duplo movimento: "dar uma forma captável" e "mostrar". (Hanns, 1996, p.376)

Hanns sugere que o sentido de *darstellung* refere um trabalho de articulação.

“Trata-se de colocar sob a forma de imagens apreensíveis e depois expor. Essa mediação consiste em apreender algo que para o destinatário ainda se encontra num estado ininteligível e constituí-lo para um estado interpessoal e inteligível; implica, portanto, colocá-lo na dimensão da linguagem (inteligível aos sentidos, por exemplo assumindo a forma pictórica, auditiva ou de códigos, ou ainda tomando a forma de língua verbal, da música etc.) e em seguida mostrar. (Hanns, 1996, p.377)

Esse sentido específico de representação aponta um valor criativo e formador. Vai se aproximar dos papéis de articulação que Kaës desenvolve acerca do espaço psíquico compartilhado. Podemos notar esse uso em uma de suas passagens quando discute a função do sonho no grupo e seus pressupostos para abordar essa temática.

Eu trabalhei partindo de três pressupostos: 1) o grupo é uma cena na qual se representam, se vinculam e se transformam as formações do inconsciente dos sujeitos no encontro com o outro (mais de um outro), e com o espaço psíquico do grupo. O aparelho psíquico grupal articula, reúne, liga e transforma as organizações intrapsíquicas dentro do espaço do grupo; 2) o trabalho associativo que se produz ou que é inibido a partir do relato do sonho traz indicações preciosas sobre o estado do aparelho psíquico do grupo; 3) o objetivo do trabalho psicanalítico em situação de grupo é a elaboração dos conflitos inconscientes que afetam tanto os participantes quanto o espaço psíquico grupal, no qual se inclui também o do (ou dos) psicanalista(s). (Kaës, 2003, p.7)

Ainda de acordo com Hanns, o trabalho de expressão em *darstellung* é formativo e admite a inscrição de outros níveis de representação. Afetos, ideias nesses processos podem ser referidos por analogias, assemelhações, motivos, dimensões múltiplas do plano da linguagem, o que se aproxima da noção de perlaboração.

“Em português, os verbos "expressar" ou "exprimir" constituem um exemplo do tipo de mediação que o verbo *darstellen* realiza. Ao "expressar" ou "exprimir" algo, está-

se colocando algo que é ainda singular, na dimensão comum da linguagem, dotando-o de condições para que possa ser representado na forma de sentimento ou idéia. Assim, por exemplo, podem-se "expressar"/"exprimir" (*darstellen*) as idéias e os sentimentos sob a forma de música, de gestos, de uma peça teatral ou de uma fórmula matemática – isto é, dar-lhes uma forma captável. Entretanto, tais palavras não contêm tão intensamente a conotação de "dirigir-se a outrem" (explicar, mostrar, expor etc.), são termos que indicam uma atividade mais autônoma, que se expressa ou exprime por si, algo diverso da intencionalidade de uma explicação ou exposição". (Hanns, 1996, p.382)

6.1 SIGNIFICAÇÕES DO VERBO *VORSTELLEN* E DO SUBSTANTIVO *VORSTELLUNG*

Vorstellung, termo também utilizado para definir o sentido de representação, tem de acordo com o trabalho de Hanns um sentido distinto, porém complementar do trabalho psíquico realizado por *darstellung*. Seu sentido diverge, já que num primeiro sentido *vorstellung* traduz um movimento de colocar algo diante de si a partir dos elementos disponíveis. Não há aqui o trabalho de constituição e mediação pretendido na significação de *darstellung*.

De acordo com Hanns, “*vorstellen* significa buscar algo já representável na linguagem e trazê-lo para "dentro", para a consciência, e visualizá-lo. Aquilo que é representado já está na forma representável ou assimilável. É diverso de *darstellen*, que significa um esforço para captar e dar forma (representar-constituir-figurar) a algo ainda sem forma. *Vorstellen* é apenas montar e apresentar para si ou para outrem, não envolve o trabalho de constituir”. (Hanns, 1996, p.387)

“Retorno a linhas de pensamento já desenvolvidas em outra parte quando sugiro que o estado de repouso psíquico foi originalmente perturbado pelas exigências peremptórias das necessidades internas. Quando isto aconteceu, tudo que havia sido pensado (*Gedachte*) (desejado [*gewünscht*]) foi simplesmente apresentado de maneira alucinatória, tal como ainda acontece hoje com nossos pensamentos oníricos a cada noite. Foi apenas a ausência da satisfação esperada, o desapontamento experimentado, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação. Em vez disso, o aparelho psíquico teve de decidir formar uma concepção (1) (*vorzustellen*) das circunstâncias reais no mundo externo e empenhar-se por efetuar nelas uma alteração real. Um novo princípio foi assim introduzido; o que se apresentava (2) (*vorgestellt*) na mente não era mais o agradável, mas o real, mesmo que acontecesse ser desagradável.” “Formulações sobre os Dois Princípios do Funcionamento Mental” (1911) [ESB 12, 278-9]

(1) Retraduzindo o início da frase: "Em vez disso, o aparelho psíquico teve de decidir 'imaginar' ('representar mentalmente') as circunstâncias reais (...). “

(2) Retraduzindo o início da frase. "Um novo princípio foi assim introduzido; o que era 'imaginado (no sentido de representado mentalmente) não era mais o que fosse' agradável, mas (...). “(Hanns, 1996, p.392)

Hanns, numa tentativa de articular os dois conceitos na obra de Freud, admite que seus usos são distintos e que uma sequência possível seria a sua apresentação em etapas: em um primeiro momento a figuração e depois o trabalho de representação em si. É importante destacar também que nem sempre é possível sustentar no texto freudiano e no uso corrente da língua alemã esse entendimento. De qualquer forma, essa noção nos auxilia a compreender tal possibilidade criativa/formativa do trabalho psíquico, que é o que de certa maneira também aparece no esforço de distinção produzido por Spivak, um trabalho que resta, ou deve restar ao sujeito: formar sua representação.

Na medida em que *darstellen* é a constituição originária e inicial da imagem e *vorstellen* pressupõe a evocação da ideia a partir de imagens já constituídas e disponíveis, poder-se-ia pensar que *darstellen* precede *vorstellen*, ou seja, que primeiro o sujeito terá que constituir/representar (*darstellen*, torná-la visualizável) a ideia, para depois então imaginar/representá-la (*sich vorstellen*, visualizar)". (Hanns, 1996, p.398)

Como elemento central do trabalho psíquico, a representação articula a pulsão e a inscreve numa teia de possibilidades.

"De maneira geral, o texto freudiano indica que a *Vorstellung* é o suporte que representa (*repräsentiert*) a pulsão na esfera consciente. As *Vorstellungen* estão associadas (*verknüpft*, interligadas, relacionadas) entre si numa extensa malha de ideias e imagens inter-relacionadas. Embora se trate de uma malha, não se deve imaginar um conjunto de relações estáticas. As *Vorstellungen* podem estar ligadas (*gebunden*, atadas, fixadas) ou não a pulsões, bem como podem estar associadas (*verknüpft*, vinculadas) ou desvinculadas de outras *Vorstellungen*. Também podem ser investidas (*besetzt*, carregadas, tomadas) de afetos e energia ou deles esvaziadas. Os afetos se deslocam (*verschieben*) ao longo da malha de *Vorstellungen*. Ao ligar-se (*binden*, atar, fixar) a uma *Vorstellung* é que a pulsão se faz representar. Neste sentido, as *Vorstellungen* são "suportes" que carregam e representam as pulsões no circuito de circulação intrapsíquica; isto é, são *Repräsentanten*. As *vorstellungen* tanto podem aflorar à consciência por estarem esvaziadas de afetos e se tornarem "inofensivas" como podem estar tão carregadas que irrompem apesar das defesas". (Hanns, 1996, p.399)

Existe nesse tema tanto uma dimensão clínica, que se orienta para o trabalho da inscrição, quanto um trabalho ético articulado à técnica psicanalítica, que não se antecipa à fala de seu paciente, mas, justamente, faz abertura à representação do sujeito.

No início de “Pode o Subalterno Falar?” de Spivak (2010), sua introdução já relaciona o poder (ou potência de transformação) com uma posição definida de escuta: “De fato, qualquer poder que possam ter estas reflexões pode ter sido conquistado por meio de uma recusa politicamente interessada em levar ao extremo as pressuposições fundamentais de meu desejo, até onde estejam ao meu alcance”. (Spivak, 2010, p.19) Entendo que é preciso reter meu desejo de recobrir o outro através de uma categoria de compreensão antecipada, que, por sua vez, dificulta o trabalho de inscrição e representação da minha condição subjetiva.

Nos esforços de simbolização do mal-estar reside uma chave clínica dos processos de sofrimento psíquico atuais. Macedo nos lembra que “Trata-se de compreender o que se passa com pacientes que possuem uma defasagem no que diz respeito à metabolização psíquica de suas vivências, pacientes que estão à mercê do irrepresentável que os habita e que os deixa sem palavras.” (Macedo et al., 2008, p. 70)

Kaës retoma Freud para apontar o trabalho desenvolvido pelo pré-consciente como o “sistema do aparelho psíquico no qual se efetuam os processos de transformação que certos conteúdos e processos inconscientes sofrem para retornarem à consciência. A capacidade associativa e interpretativa, vital para a psique, está inserida neste sistema. É neste sentido que a função do pré-consciente é fundamental na atividade de sublimação e na simbolização.” (Kaës, 2003, p.29)

Ainda, na abordagem ferencziana sobre o trauma, há um papel destacado para a noção de comoção psíquica frente à ameaça de aniquilamento experienciada pelo eu. O que jaz irrepresentável deve ser objeto de um trabalho de ligação, de construção de recursos para a expressão de sua dor. O efeito direto sobre o psiquismo, para Hornstein, é sua reorganização com a aquisição de novos componentes, podendo, a partir disso, adquirir novas propriedades: ““pensar no sujeito como um sistema aberto à intersubjetividade, não somente no passado, senão na atualidade, exige refletir sobre as tramas relacionais e seus efeitos constitutivos da subjetividade” (p. 97).” (Hornstein in Macedo et al., 2008, p. 79)

E nesse caso específico o foco é o trabalho de ligação, de restituição à cadeia significante, mas também intersubjetiva. A experiência irrepresentável deve se fazer reconhecível no campo coletivo. Como diz Kaës:

“O trabalho psíquico da intersubjetividade está no centro do processo de subjetivação e de reconhecimento de eu e do outro, de mais de um outro. O que é que demanda instantaneamente ser reconhecido? O eu como sujeito do inconsciente, sujeito desejante e, antes de tudo, desejado, investido como sujeito do vínculo (do grupo) e como sujeito genealógico, nomeado como aquele: si mesmo como esse outro, para um outro e para si mesmo.” (Kaës, 2012, p.113)

De acordo com Macedo (2008), trabalhar com o conceito de *Vorstellung* significa criar conexões com a prática clínica, refletindo sobre as consequências de suas falhas ou limitações no ambiente terapêutico. A fim de elaborar uma interpretação do que excede ou escapa ao sistema de representações psíquicas, é essencial que o analista esteja emocionalmente preparado para enfrentar as manifestações de quantidades pulsionais não qualificadas.

7 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS E O “MODELO DE ESTRESSE”

Definidos os objetivos da intervenção clínica, muitas vezes o apelo a um bom modelo de intervenção reside na estreita compreensão e domínio da técnica utilizada, com a clareza sobre os resultados que podem ser alcançados com o uso desta técnica. Admite-se ainda que, no exercício pluridisciplinar da atenção à saúde mental (o campo concreto de trabalho da saúde mental que é atravessado por múltiplas especialidades), basta uma delimitação clara e um acordo entre as diversas partes envolvidas. O modelo mais constante nos serviços é o de reunião de equipe, com algum grau de compartilhamento de decisões na formulação de um PTS (projeto terapêutico singular).

Minha principal questão aponta a limitação desse modelo de compreensão na prática, pois ele deixa de fora aspectos da constituição psíquica dos grupos que acabam por interferir na maneira como este grupo opera objetivamente. Podemos recorrer aos trabalhos de Pichon-Rivière e de Bleger quando nos mostram que, frente à tarefa, é comum que os grupos sejam atravessados pelas ansiedades de perda e separação, ou mesmo imersos nas falhas de clivagem que resultam em transbordamentos do funcionamento sincrético, ou ainda na burocratização das condutas.

A avaliação de qualidade de um serviço não é uma tarefa fácil e depende antes de tudo de uma seleção de critérios. Silva e Formigli (1994) procuram descrever a complexidade da tarefa. Desde diferentes concepções teóricas até diferentes estratégias possíveis para a organização de um modelo de avaliação.

“O primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes. Além disso, naqueles trabalhos onde programas ou serviços de saúde são efetivamente avaliados, não existe, frequentemente, sequer a preocupação, por parte dos autores, com a definição dos termos empregados. Essa variedade de definições relaciona-se com a complexidade do objeto avaliação em saúde, que pode desdobrar-se em tantas quantas forem as concepções sobre saúde e práticas de saúde.” (Silva e Formigli, 1994, p.81)

Mas as dificuldades na avaliação dos serviços vão além da precisão com que definimos os indicadores utilizados no processo de avaliação. Funcionar bem, ou funcionar integrado a um plano de metas, depende de condições ideais de financiamento, da capacitação da equipe, cuidado e acolhimento adequado da clientela do serviço. Silva e Formigli (1994) indicam modelos que precisam ser articulados.

“A seleção de traçadores, desenvolvida por Kessner & Kalk (1973), é uma estratégia para avaliação da qualidade de níveis complexos de organização do cuidado, onde alguns problemas de saúde, ou aspectos de um serviço ou rede de serviços, representativos daquilo que se deseja avaliar, são selecionados para um monitoramento. Neste caso, técnicas qualitativas e quantitativas são acionadas articuladamente. Este método vem sendo utilizado em países da América Latina para a avaliação da qualidade de serviços e sistemas de saúde” (Silva e Formigli, 1994, p.87)

No entanto, ao pensar um trabalho que deriva da articulação dos membros da equipe, precisamos ir além da clareza de objetivos, da capacidade técnica e dos recursos empregados. É importante, assim, a noção de que a própria articulação do grupo produz efeitos sobre a prática clínica e a demanda de trabalho – tanto para liberar o potencial de cuidado quanto no sentido de que o vínculo intra-equipe possa servir de suporte para um vínculo integrativo capaz de produzir transformações na realidade psíquica do usuário do serviço.

Esses entraves do trabalho costumam se manifestar sob a forma de casos problema que interrogam a capacidade de resposta da equipe. Duas saídas são comuns: a expulsão do usuário via encaminhamento ou a apresentação do caso numa reunião clínica maior com a esperança de um pacto do serviço que ajude a integrar a ameaça representada pelo usuário.

Muitas vezes o espaço de supervisão funciona como esse lugar que recebe a dificuldade da equipe e propõe condições para elucidar essa dificuldade.

Penso que esse “modelo de estresse”, isto é, o caso complexo que ultrapassa a capacidade de resposta da equipe técnica, é um excelente analisador para os projetos terapêuticos da equipe, bem como os paradigmas de cuidado que estão enraizados na instituição.

8 A PSICANÁLISE E O CONHECIMENTO SOBRE OS GRUPOS

O percurso da psicanálise que toma o grupo como elemento de análise e local de intervenção tem profundas raízes na obra de Freud. As indagações sobre os efeitos que o laço social e as relações grupais exercem sobre o psiquismo podem ser encontradas ao longo de sua obra, mas especialmente em *Totem e Tabu*, *Psicologia de Massas e Análise do Eu*, o *Futuro de uma ilusão*, o *Mal-estar na Civilização* e em *Moisés e o Monoteísmo*. O elemento que atravessa todos esses trabalhos é o ensaio de extensão do método psicanalítico como ferramenta para analisar fenômenos sociais.

Esse movimento surge, por um lado, pelo chamado que surgiu das profundas transformações que a sociedade experimentou na primeira metade do século vinte e, por outro, pela consideração minuciosa de algo que escapava ao modelo explicativo apoiado sobre a clínica individual.

“A tarefa fundadora e fundamental da psicanálise foi constituir a realidade psíquica inconsciente nos limites de um aparelho psíquico individual fundado sobre o conflito psicosexual. Nestas condições, a psicanálise tem como objeto teórico o conhecimento dos sistemas, dos processos e das formações deste aparelho, de suas leis de composição e de seus efeitos para o tratamento disso, segundo uma metodologia congruente com o inconsciente, as perturbações profundas de um sujeito considerado na singularidade de sua história e de sua estrutura” (Kaës, 1996)

A própria condição epistemológica imposta pelo inconsciente apontava para outros movimentos do aparelho psíquico, implicados nos (ou pelos) efeitos de formação de vínculos.

“Do ponto de vista epistemológico, a concepção teórica de sujeito em Freud não se restringiu à individualidade. Em 1914, Freud afirma que “O indivíduo tem de fato uma dupla existência, como fim em si mesmo e como elo de uma corrente, à qual serve contra — ou, de todo modo, sem — a sua vontade (Freud, 1914/1980, p. 20). Em seu trabalho de 1921, Freud (Freud, 1921/1980, p. 91) sinalizou a falsa oposição entre a psicologia do indivíduo e a das massas.” (Silveira et al., 2020, p. 41)

De acordo com Kaës, um dos limites impostos às pesquisas freudianas com os grupos se deveu, justamente, ao método do divã, que seria incapaz de desenvolver e testar as hipóteses sobre os fenômenos da grupalidade e seu impacto sobre a organização psíquica de maneira satisfatória. Ainda segundo Kaës, somente a partir da segunda metade do século XX, o trabalho psicanalítico em grupo e com grupos permitiu descrever e caracterizar a realidade psíquica inconsciente própria aos conjuntos plurissubjetivos.

Há aqui uma mudança de eixo e de programa epistemológico da investigação psicanalítica. Considerar o fenômeno do grupo nos leva a diferentes caminhos de reflexão, teorização e formulação de parâmetros técnicos, como também permite o acesso a novas dimensões do circuito pulsional e dos modelos de organização psíquica.

“Assim, o “trabalho psíquico da intersubjetividade” está sendo considerado, aqui, como o trabalho psíquico de um outro ou de mais de um outro na psique do Sujeito do Inconsciente. Esta proposição é corolário daquela na qual consideramos que a constituição psíquica intersubjetiva do Sujeito (que define o Sujeito como Sujeito do Grupo) impõe à psique certas exigências: ela imprime às formações e aos sistemas instâncias e processos do aparelho psíquico e, por consequência, ao inconsciente, conteúdos e modos específicos de funcionamento.” (Kaës, 1993 in Fernandes, 2003, p. 4)

Kaës descreve a vida psíquica do grupo constituída a partir de funções metapsíquicas do grupo, que são apresentadas em sua obra através do conceito de alianças inconscientes. Seriam formações e funções que enquadram a vida psíquica do grupo e delimitam as possibilidades do agir e do dizer nesse campo.

Cada espaço e cada ordem de realidade psíquica apresenta propriedades específicas, que ganham contornos e possibilidades pelas relações que estabelecem umas com as outras. Assim, cada espaço e cada ordem de realidade psíquica se define por suas propriedades específicas, mas também pelas relações mútuas.

Kaës descreve essa interrelação a partir de níveis lógicos distintos – sustenta, então, que um nível meta deve ser considerado. Cada espaço é sustentado e trabalhado pelo e pelos espaços que o enquadram, contêm e suportam num nível lógico superior. O autor faz referência ao trabalho de Bleger quando este descreve o

meta-eu: uma dimensão articulada ao pano de fundo que recebe a simbiose, as dimensões da relação sincrética.

Em Kaës, o nível meta introduzirá simultaneamente a continuidade e distância entre os níveis lógicos.

O espaço psíquico do grupo estaria em posição meta em relação ao espaço psíquico individual, o que implica uma relação de determinação e condições de suporte derivadas da relação entre os distintos níveis.

O grupo opera por meio de um elemento organizador psíquico, ou seja, ele é mantido e definido por conexões estruturadas por formações inconscientes complexas. Cada organizador em funcionamento no grupo serve para sustentar a relação entre os membros do grupo e o objeto comum fantasiado. Além disso, cada participante, por meio de seu grupo interno, contribui para a representação do objeto comum do grupo em diferentes níveis de correspondência.

“O quadro é o receptáculo não só do arcaico, mas também do primordial: há, assim, razões para refletir sobre a relação do quadro com a violência primordial que "está nela". No entanto, certos elementos do quadro estão associados a dificuldades edipianas, na medida em que o quadro define limites e proibições.

Distingui seis funções do quadro. A primeira é a função de contenção descrita por Bleger quando diz que o quadro, "receptor de simbiose", contém "a parte psicótica da personalidade". Dentro desta primeira função, podemos distinguir a capacidade como receptáculo ou como limitação; o depósito, uma remessa pura e simples, ou o depositário – isto é, o lugar onde se dispõe de certos objetos para os preservar ou manter em segurança; e a cripta, que recebe o que está escondido e arcaico.

A segunda função, a da limitação, protege a distinção entre o "ego" e o "não-ego". O quadro é o guardião dos limites do sujeito, do seu espaço corporal e psíquico.

A terceira função do enquadre é transicional: constituindo uma fronteira entre o ego e o não-ego, o quadro articula o interior e o exterior; o enquadre participa desse espaço conceptualizado por Winnicott onde prevalecem o paradoxo e a indecisão. Fundado-criado, o enquadramento não é nem subjetivamente concebido nem objetivamente percebido. Um dos problemas daí resultantes é o da manutenção da dimensão contratual do enquadramento confrontada com a da sua adequação e do seu ajustamento. Este problema

define em parte o conteúdo daquilo a que chamei análise transicional (Kaës, 1979).

O quadro desempenha uma quarta função de apoio e de análise sobre o modelo de escorar-se sobre o objeto ao fundo: as contribuições de James Grotstein, Joseph Sandler e Geneviève Haag demonstraram o papel deste objeto na formação do sentimento de segurança e de identidade.

A quinta função é a do "continente": corresponde à função de representação e de transformação das representações de objetos e de afetos em representações de palavras, que são possibilitadas pela moldura.

Se estas cinco condições estiverem preenchidas, a moldura pode ter uma sexta função, de simbolização, condição essencial para a formação do pensamento.

Utilizo o conceito de meta-quadro, ou quadro do quadro, para explicar o fato de cada quadro ser ele próprio enquadrado por um quadro que o contém, o mantém, o invade ou o impede. Esta noção é muito útil para compreender as relações entre a moldura psicanalítica do tratamento individual, a moldura psicanalítica da supervisão e a moldura psicanalítica da instituição psicanalítica. (Kaës, 2018 p.59-60)

Segundo Gaillard (2014), o pensamento de Kaës traz uma grande contribuição com o conceito de aparelhagem:

“Uma noção que se tornou central no pensamento psicanalítico sobre os grupos é a de aparelhagens. Trata-se de uma proposta de René Kaës, que a vem desenvolvendo desde 1976, data da primeira edição de O aparelho psíquico grupal. Apoiando-nos no que ele denomina ‘metapsicologia de terceiro tipo’, ou ‘metapsicologia dos espaços psíquicos coordenados’, é possível pensar num ‘aparelho psíquico institucional’, num ‘aparelho psíquico grupal’, etc.” (Gaillard, 2014, p. 214)

A psicanálise assim se engaja na tarefa de análise crítica da cultura. Trata-se de mostrar uma compreensão do que significa o inconsciente, as estruturas fundamentais da fantasia e do sintoma, e como elas implicam necessariamente uma nova compreensão estrutural das potencialidades imanentes da vida social, porque em última instância a psicanálise só pode se realizar como uma teoria da emancipação. A estrutura do sofrimento psíquico, que é o objeto fundamental da clínica, aparece como uma ressonância de estruturas de sofrimento social. O estatuto do sofrimento mental não poderia ser descrito apenas como fato subjetivo, localizado

na mônada individual: o que se trata é que os processos de subjetivação, operados pela cultura e pelas cadeias grupais, precisam ser revelados.

René Kaës (2012) aborda a construção da civilização, destacando que esta se desenvolve a partir de fatores internos e externos. Internamente, ela se forma através da aplicação de técnicas, sistemas sociais, leis, valores e também por meio do compartilhamento de sistemas de representação, todos acessíveis a um conjunto humano que se identifica por essa comunhão. No âmbito interno, a cultura se manifesta como o conjunto de dispositivos de representações simbólicas que delineiam o sentido e a identidade, servindo como organizadores da coesão de um grupo humano, além de influenciar seus processos de transmissão e representação. Essa cultura necessariamente inclui um mecanismo de autorrepresentação, que implica a representação daquilo que não faz parte dela, do que é estranho ou do que lhe é atribuído.

Ao mesmo tempo, e justamente por essa natureza paradoxal, o encontro com o estrangeiro, o diferente, nos permite vislumbrar o que se esconde no campo do 'já reconhecido'. Da mesma maneira que há um velamento da experiência e dos parâmetros de origem da identidade do sujeito em condição de crise, há uma revelação de nossa limitação e dos efeitos que se projetariam ali sobre a figura do usuário como aquele que representa o perigo, a ameaça. Há algo que se marca nessa experiência, algo que faz transmissão. Algo que se reinscreve a partir do que é atuado ali.

Trata-se de um problema definido a partir de um encontro entre duas partes: por um lado o usuário que tem sua experiência não reconhecida e, por outro, uma sociedade que ao representá-lo o tipifica a partir de suas próprias dificuldades.

Se, por um lado, isso tem um efeito imediato sobre a sociedade que acolhe a partir do seu encontro com suas dificuldades projetadas numa figura do estrangeiro, por outro a experiência *outsider* será sempre carregada de algo que transborda a capacidade de fala, performada no corpo, no gesto, no gosto como reminiscências de uma realidade anterior.

8.1 ALIANÇAS INCONSCIENTES

A realidade psíquica do grupo se expressa também na necessidade de articulação da equipe de cuidado, já que os vínculos determinarão as possibilidades de compreensão dos recursos e possibilidades que uma dada equipe tem para lidar com a tarefa de acolhimento e proposição terapêutica.

Dentre os conceitos trabalhados por Kaës, o conceito de alianças inconscientes permite compreender os caminhos pelos quais uma dada situação grupal se orienta. Criado na década de 1980, esse conceito descreve, de acordo com Fernandes (2005), os pontos de amarração das relações recalcadas que sustentam os sujeitos singulares e os conjuntos dos quais eles são a parte constituída e a parte constituinte. “Contratar uma aliança é o ato pelo qual duas ou várias pessoas se ligam entre si para obter um objetivo preciso, o que implica um interesse comum e um engajamento mútuo entre os parceiros” (Kaës in Fernandes, 2022, p. 235)

Segundo Fernandes (2022), a noção de alianças inconscientes está inserida nas investigações sobre os processos e formações psíquicas de conjuntos, dentro da proposta de desenvolver uma metapsicologia de terceiro tipo. Isso implica uma revisão das fronteiras da psicanálise, explorando novas abordagens para pensar e pesquisar as dimensões do inconsciente.

Além disso, Fernandes destaca que as pesquisas sobre o aparelho psíquico grupal envolvem a hipótese de um inconsciente politópico, com inscrições que atravessam diversos registros e espaços psíquicos.

“Suas funções principais são manter e reforçar o vínculo, definir as questões e os termos, e instalá-lo ao longo do tempo, torná-lo duradouro.

Assim, as alianças não se constituem somente em nível sincrônico, ou seja, aquelas que contraímos com nossos contemporâneos. Há alianças diacrônicas, que “são contratadas por nós e sem nós, antes de nosso nascimento; nós as herdamos e, como tal, são um processo principal da transmissão psíquica dos movimentos de vida e morte entre gerações (Kaës, 2015, p.200)” (Fernandes, 2022, p.235-236)

O que há de original é a conjugação das pesquisas psicanalíticas para que elas adentrem o caminho dos grupos, revelando novos pontos de trabalho. Assim, mais do que responsabilizar e olhar somente o indivíduo, estaríamos apontando para a

dimensão onde funções são cumpridas, sustentadas e reproduzidas no nível da grupalidade.

“Nessa perspectiva de constituição de outra metapsicologia, à qual o autor nomeava de metapsicologia intersubjetiva, a investigação grupal sobre a constituição psíquica e as formações do inconsciente ganha força. Será, portanto, nesse eixo de pesquisa que se construirá a hipótese de uma função correalcante em nível do grupo e da produção grupal de um recalque.”
(Fernandes, 2022, p.237)

Kaës descreveu diversas dessas modalidades de aliança. Destacamos algumas: entre as chamadas alianças estruturantes, talvez a primeira configuração a destacar é aquela que Piera Aulagnier denominou contrato narcísico, que se refere à situação em que o sujeito é investido e inscrito como membro de um determinado grupo, como portador de seus ideais e valores sociais. Essa condição (do contrato narcísico) operaria como uma aliança estruturante que criaria as condições para o desenvolvimento da vida psíquica.⁵

Uma outra modalidade de aliança presente no pensamento de Kaës seria o pacto denegativo – responsável pela articulação do grupo, ele explicaria a formação deste baseada numa rejeição primária de algo, para se estabelecer em seu lugar uma aliança. Esse movimento avança em relação ao modelo de grupalidade descrito por Freud em seu ensaio *Psicologia de Massas e Análise do Eu*. Ali, Freud sustentava que a formação do grupo seria condicionada por um duplo movimento de identificação (os termos são *identificação secundária ao líder e identificação recíproca*. Como o movimento identificatório é uma alteração na estrutura do eu pela internalização do outro como modelo ou ideal que impactaria sobre os direcionamentos dos investimentos pulsionais, esse modelo seria capaz de descrever os fenômenos psíquicos no campo do Grupo).

A noção de pacto denegativo, presente no trabalho de Kaës, nos ajuda a compreender as hipóteses de trabalho de *Psicologia de Massas e Análise do Eu*. A

⁵ A noção de contrato tem um lugar de destaque no pensamento de Kaës, e é um dos elementos que articula o conceito de aliança. Num primeiro momento, e modelado a partir das contribuições de filósofos como Hobbes, Rousseau e também no pensamento de Durkheim. O contrato aparece como fundamento da vida social. E como elemento que demanda o pensamento sobre as dimensões inconscientes do vínculo. O termo “Contrato Narcísico” tem três funções principais: estabelece uma origem; promove a continuidade entre as gerações e assegura a evolução de um senso de continuidade; e confere ao recém-nascido, que se tornará um adulto, o direito de ter um espaço na sociedade.

ideia de pacto denegativo refere que algo precisa ser excluído do campo de representações para que em seu lugar o vínculo possa advir.

“O pacto denegativo aparece como a contraface e o complemento do contrato narcísico. Ele apresenta duas polaridades: uma é a organização do vínculo e do conjunto trans-subjetivo, a outra é a defensiva. De fato, cada conjunto particular organiza-se positivamente sobre investimentos mútuos, sobre identificações comuns, sobre uma comunidade de ideias e crenças, sobre um contrato narcísico, sobre modalidades toleráveis de realização de desejos (...); cada conjunto organiza-se também negativamente sobre uma comunidade de renúncias e de sacrifícios, sobre extinções, rejeições e recalques, sobre deixar de lado e sobre restos” (Kaës, 1993:274 in Fernandes, 2005, p.131).

Assim, o entendimento do processo dos grupos bascula da posição do líder para as propriedades específicas da configuração das alianças que darão suporte à vida do grupo.

Entender as dinâmicas do que é expulso, enquistado ou rejeitado contribui para a compreensão da realidade psíquica do grupo e seu grau de estrutura, isto é, que movimentos o grupo permite e que movimentos ele impede.

“As três modalidades do Negativo estão no princípio do trabalho da psique: uma negatividade de obrigação, que corresponde à necessidade da psique de produzir o Negativo a fim de efetuar seu trabalho de ligação; uma negatividade relativa, que situa o Negativo em relação a um possível; uma negatividade radical, que coincide com a categoria do impossível, em outras palavras, daquilo que não é ou não está (n'est pas) no espaço psíquico.” (Kaës, 2003, p. 2)

Kaës indica, ainda, que a negatividade estaria sempre “à espreita, exigindo para o seu provisório apaziguamento constante trabalho psíquico, investimento e repactuações da aparelhagem psíquica grupal”. (Lafraia, 2019, p.65)

Um terceiro tipo de aliança inconsciente que vai aparecer na obra de Kaës são as alianças alienantes que se fundamentam sobre a rejeição ou a forclusão. De acordo

com Kaës essas alianças tornam os sujeitos estranhos a si mesmos, abrindo o campo para contratos perversos.⁶

Autores como Pinel (2006) têm desenvolvido uma ampla pesquisa identificando essas alianças nas bases do trabalho das equipes de saúde e apontam a dificuldade da configuração de grupos de trabalho, tal como definidos na perspectiva de Bion.

Pinel (2006) salienta a importância de analisar os processos psíquicos que dificultam a cooperação entre profissionais em instituições de educação especializada e ensino adaptado e sugere a organização de um dispositivo de “análise clínica das práticas de equipe” que permite compreender as fontes inconscientes dos entraves à cooperação, que se manifestam como antagonismos radicais e alianças psicopáticas.

Sua hipótese é de que as incompatibilidades entre os profissionais que operam na instituição se relacionam com uma psicopatologia dos vínculos, a qual se desenvolve nos três registros de funcionamento psíquico: intra, inter e transubjetivo. A análise das origens institucionais e identitárias das profissões envolvidas revelam uma oposição fundadora entre ensinar e educar, e que ressurgem em momentos de crise como formações paradoxais.

Em *Aparelhagem psíquica, destrutividade e Kulturarbeit*, George Gaillard (2014) retoma as ideias de René Kaës, destacando que o sujeito é uma parte integrante de uma aparelhagem psíquica que engloba dimensões inter e transubjetivas, além da intrapsíquica. Gaillard fundamenta-se na metapsicologia freudiana, explorando a dualidade pulsional Eros/Tânatos e a relevância da pulsão de morte na dinâmica entre humanização e desumanização.

No que diz respeito à instituição, Gaillard a define como um espaço de articulação entre o sujeito e o *socius*, desempenhando um papel fundamental na construção e manutenção do processo de humanização. Ele destaca o papel específico das instituições de saúde e de trabalho social, denominando-as como instituições da dis-inscrição, responsáveis por lidar com as lacunas no processo de civilização e o que não foi devidamente ligado ou simbolizado na psique dos sujeitos.

A ênfase recai sobre a negatividade, aquilo que resiste à simbolização e à *Kulturarbeit*, na compreensão das relações humanas e institucionais. Gaillard propõe

⁶ De acordo com Kaës referem-se às “(...)formas patológicas, perversas ou psicóticas, desses contratos e alianças. Sua falta ou falha é expressão da regressão das formas contratuais do vínculo para relações de força em proveito dos grupos que detêm o poder de definir de maneira arbitrária e violenta as normas sociais e o lugar de cada um, a ordem e os valores dominantes. Conduzem aqueles a elas submetidos a deteriorações sociais e psíquicas radicais”.(Kaës, 2011, p.162)

uma reflexão sobre as instituições a partir da primazia da pulsão de morte, chamando a atenção para a maneira como os sujeitos e grupos lidam com os limites e o trabalho da morte.

Ao analisar as mutações contemporâneas, Gaillard destaca as consequências da desinstitucionalização, *desmutificação* e deslegitimação das instituições na sociedade atual. Ele questiona como preservar a criatividade e a tolerância ao caos criador nas instituições diante dessas transformações, apontando para a importância de repensar e adaptar os modelos institucionais para enfrentar os desafios do cenário contemporâneo.

Paul Fustier (1991) em seu texto *A infraestrutura Imaginária das instituições* propõe um modelo de leitura do campo institucional dividido em três níveis: uma superestrutura, onde estariam representadas as características formais, sua apresentação nominal; uma infraestrutura, composta por organizadores psíquicos que “agem ‘por baixo’ na vida institucional, abrangendo determinações sobre a maneira com que as funções são cumpridas, a despeito da explicitação racional do objetivo buscado; e finalmente, um nível intermediário (o autor faz referência ao pensamento de Kaës, já que esse nível articula as diferenças e estabelece a dinâmica da ligação entre os níveis anteriores). Fustier chama o nível intermediário de zona ideológico-teórica, que contém transcrições dos sistemas e referentes teóricos utilizados para dar suporte ao trabalho diário da instituição. Esse nível opera a partir do acolhimento dessas influências externas sob o plano da infraestrutura em função das imagos ou fantasias predominantes num determinado período.

“A análise proposta por Fustier (1999) articula três níveis de desvinculação em constante intricação na clínica: um nível interpessoal (o conflito interprofissional), um nível intrapessoal (a busca narcísica de cada profissional que visa preencher uma ferida ou uma desilusão) e um nível transpessoal, significando aqui institucional como desmantelamento dos fundamentos imaginários da instituição “infância inadaptada”.” (Pinel, 2006, p. 402)

Resultados das dinâmicas específicas do campo do trabalho clínico, as falhas desse trabalho apontam o estatuto da constituição dos vínculos e refletem o modo como as equipes reagem a elas.

“As análises propostas por Kaës (1989, 1992) nos permitem compreender as condições de suspensão do contra-investimento, partindo da convivência do profissional com o agir violento. De fato, esse autor define a aliança inconsciente como uma formação psíquica intersubjetiva construída pelos sujeitos de um vínculo para reforçar certos processos, certas funções ou certas estruturas das quais se beneficiam. A aliança inconsciente implica a ideia de uma obrigação, de uma submissão ou de uma alienação. É uma formação psíquica de dupla face, que satisfaz certos aspectos pessoais e permite manter o vínculo.” (Kaës in Pinel, 2006, p. 404)

O pensamento sobre os grupos permite incluir como determinantes do funcionamento psíquico elementos que estruturam a divisão de papéis e a organização mesma do espaço subjetivo.

“Penso o grupo como uma organização meta em relação ao espaço intrapsíquico do sujeito singular. Uma das funções centrais dos quadros e dos metaquadros é a de estruturar a vida social e psíquica, e garantir as condições para o seu desenvolvimento.” (Kaës, 2015, p. 6)

Ao incluir a discussão sobre como a cultura atravessa o processo de subjetivação, aparecem operadores fundamentais na análise dos processos de acolhimento dos serviços.

Questões vinculadas ao racismo estrutural, para dar um pequeno exemplo, estão presentes na articulação mesma das técnicas e processos diagnósticos.⁷ Uma referência muito clara dessa influência é apresentada no livro *Protest Psychosis*, de Jonathan Metzl (2009), que aponta como o uso do diagnóstico de esquizofrenia recaiu majoritariamente sobre a população negra dos estados de Michigan nos Estados

⁷ Certamente a questão de pensar o racismo estrutural na prática clínica não aparece somente na forma diagnóstica, há trabalhos recentes que têm se dedicado a investigar com profundidade esse fenômeno exigindo inclusive um redimensionamento das práticas clínicas. Um importante estudo foi feito por Eliane Silvia Costa e Maria Inês Assumpção Fernandes, onde os eixos dessa discussão são delineados: “A prática psicanalítica, que se transformou nas últimas décadas e reconhece a importância das funções simbolizantes da cultura como suportes metapsíquicos, enfrenta seus novos desafios ao reconhecer o atravessamento das questões raciais no trabalho clínico, ou seja, ao operar/pensar a clínica do vínculo e a transformação dos pactos e contratos narcísicos e psicopáticos.” (Costa e Fernandes, 2023, p.33) ou ainda “Certamente essa questão (a violência do racismo e a exigência do reexame par escuta psicanalítica) remete a várias dimensões: clínica, metodológica e epistemológica. Implica repensar a problemática da construção dos dispositivos clínicos, e, igualmente, colocar em debate a hipótese de três dimensões do espaço da realidade psíquica inconsciente – intrapsíquica, Inter psíquica e trans psíquica. Requer, da mesma forma, uma investigação sobre a escuta desses três espaços a considerar a implementação dos quatro pilares sobre os quais repousa o trabalho psicanalítico, ou seja, transferência, processos associativos, escuta e interpretação.” (Costa e Fernandes, 2023, p.32)

Unidos. Há inúmeras conclusões sobre o que nos é oferecido no texto, mas podemos destacar que há historicamente um uso do campo nosográfico que naturaliza relações de privilégio e dominação e que, muitas vezes, recaem nas teses de que os serviços operam na precariedade e isso influencia os dispositivos de cuidado, tornando-se mais permeáveis a movimentos de reiteração de preconceitos⁸.

Movimento semelhante recolhemos na descrição de Gaillard sobre os efeitos de uma inscrição falha:

“As instituições de saúde, de trabalho social, etc. foram designadas por Alain-Noël Henri como constitutivas do campo da *"dis-inscrição"* (*mésinscription*). Escolher tal designação leva a enfatizar a função ocupada por estas instituições em prol do grupo que as gerou e pereniza seu funcionamento. Com efeito, a tarefa delas é cuidar das inevitáveis falhas do processo de civilização, ou seja, daquilo que, da pulsão que anima e "trabalha" os sujeitos, não chegou a se ligar, a simbolizar-se suficientemente, a se humanizar num vínculo com o outro”. (Gaillard, 2014)

Para Pinel (2009) estes estabelecimentos ou serviços constituem unidades intersubjetivas cujos modos de funcionamento são extremamente elaborados e que, ao mesmo tempo, escondem uma fragilidade fundamental e essencial. Esta fragilidade fundamental – que corresponde a uma sensibilidade suficiente à vida psíquica do outro e dos outros – é inerente ao exercício da tarefa primária: constitui uma condição necessária para a sustentação e o relançamento do trabalho psíquico dos processos de pensamento. (in Nicolle e Kaës, 2009, p. 12)

“Para apoiar um processo de remalhagem do tecido simbólico e de reforço dos processos de vinculação, as equipas institucionais devem ir ao cerne dos conflitos mais agudos, confrontando-se constantemente, a partir do interior, com as diferentes expressões de desvinculação e de destrutividade. Têm de acolher e conter o desespero e a violência, que são distorcidas e potencialmente desorganizadoras. Simultaneamente, devem libertar-se do fascínio pelo horror e da aspiração a criar um duplo narcísico que repete de

⁸ Nesse plano podemos apontar como uma dessas configurações que dá suporte ao processo de classificação é o pacto narcísico. Que segundo Fernandes (2022, p. 244-245), “o pacto narcísico, como o entende Kaës, é o resultado de uma paz imposta, diferente do contrato. O pacto narcísico contém e transmite a violência”.

forma idêntica (de M'Uzan, 1969) os problemas das pessoas que acolhem".
(Nicolle e Kaës, 2009, p. 12)

9 METODOLOGIA

A pesquisa com as equipes de cuidado em saúde advém das dificuldades vivenciadas pelo trabalhador do campo da saúde mental para o exercício mais esclarecido de sua função com vistas de consolidar os avanços da reforma psiquiátrica como modelo de atenção. A realidade psíquica do usuário, ali apresentada, encontra a falta de parâmetros do interlocutor.

Quando esse projeto foi formulado, dirigi meu olhar aos CAPS (Centros de Atenção Psicossociais) como porta de entrada da rede e tratei de interrogar-me sobre as condições de atendimento de que a rede dispunha e sobre as possibilidades de um acolhimento bem-sucedido, já que o grande problema dos atendimentos está justamente na porta de entrada e nos recursos alocados para a compreensão e elaboração de um projeto terapêutico individual para cuidar dessa população.

A equipe, muitas vezes, não dispunha de condições adequadas de manejo (aponto aqui as dificuldades com a linguagem, o reconhecimento de padrões culturais específicos e mesmo da construção de uma rede de colaboração com os familiares desse paciente). Quando estamos a lidar com algo que se mostra tão desconhecido, o automatismo institucional e estratégias dessubjetivantes como a medicação e a internação são imediatamente acionados. Mesmo assim, a dificuldade de acompanhamento e a falta de resultados são elementos comuns e podem “empurrar” aqueles usuários para a categoria de pacientes difíceis e resistentes.

As condições de cuidado da equipe e os trabalhos de supervisão que consigam ir além da leitura de casos e de instrumentação de manejo são decisivos. O conceito de contratransferência implicado nesse trabalho nos faz pensar sobre as alternativas de qualificação dos trabalhos da equipe.

Isso produz consequências diretas sobre as estratégias de cuidado e faz-se necessária a criação de um espaço onde novas dimensões da discursividade possam ser exploradas, onde a comunicação se descola de seu plano denotativo. “Entre o deciframento e a criação instala-se a distinção entre a palavra que serve à comunicação e, já gasta e arranhada pelos significados que a ela se associaram e a palavra que se inaugura e dá nascimento ao significado imprevisto” (Fernandes, 2005, p.114)

O presente trabalho almeja a articulação da problemática do cotidiano clínico com recursos que permitam pensar a prática e desenvolvê-la. Teoricamente é preciso caminhar para as extensões da psicanálise (para tomar de empréstimo um dos termos de Kaës), que estruturam uma epistemologia com a qual tratar o objeto de pesquisa (as alianças inconscientes nas equipes e seus efeitos na atenção clínica); e, por outro lado, delimitam a tarefa de um cuidado a partir do coletivo, da busca de transformações que se inscrevam no processo de produção de subjetividade. “O espaço analítico será o lugar de estruturação (intrincação pulsional) para que o processo de inscrição possa se realizar”. (Fernandes, 2005, p. 118)

O rigor da discussão psicanalítica que se dedica há tanto tempo a definir a melhor posição do analista para a produção do efeito de análise nos oferece uma chave. Na posição do analista opera-se o discurso sem ser parte dele. Mais do que o objetivo típico de restabelecimento da saúde, podemos entender que essa posição de assistência, a oferta de uma escuta analítica, traduz uma função política que possibilita reabilitar os objetivos do processo terapêutico. Trata-se agora de restituir a voz e os meios de representação (*darstellen*) através dos quais a ação de enfrentamento dos problemas sociais e efeitos de desajustamento pode-se dar.

O presente trabalho orientou-se para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa acerca dos modos de funcionamento dos serviços de atenção à saúde mental. Desde minha primeira pesquisa realizada no mestrado, no ano de 2005, já ficava patente a necessidade de aprofundar a discussão e conhecer melhor as características intrincadas de funcionamento das ações clínicas dos serviços. Naquele momento o resultado apontava para uma dificuldade com o processo de reinserção social, e a equipe tendo de se haver com o rebote disso: a fragilidade psíquica dos atendidos tendo de ser suprimida num ambiente acolhedor, fechado num pacto narcísico (Fadden, 2005)

O trabalho de uma pesquisa precisa estar alinhado às necessidades oriundas do campo. Toda pesquisa orienta-se para a tentativa de resolver ou estender as bases de conhecimento sobre um problema.

“Evidencia-se a importância de desenhos de avaliação dos novos serviços de saúde mental, elaborados a partir do estudo do seu cotidiano, privilegiando análises qualitativas que considerem a complexidade do objeto.”
(Oliveira et al., 2014, p. 370)

Os serviços de saúde mental, embora extensamente avaliados nos últimos anos, derrapam reiteradamente sobre um mesmo problema: como fazer o serviço funcionar de forma articulada e criativa, construindo respostas novas para as questões que a saúde mental provoca?

Diversos protocolos foram testados e o campo das avaliações de serviço insiste na noção de que a compreensão direta dos dispositivos e a boa base teórica asseguram automaticamente a qualidade do atendimento.

Além disso, os modelos já existentes de avaliação de serviços muitas vezes atuam sobre padrões e modelos consolidados de serviços de saúde, como unidades básicas de atenção. Os serviços territoriais, como os CAPS, estão imbuídos de uma concepção de serviço significativamente diferente do desenho do fluxo da rede mais tradicional. Por exemplo, eles não deveriam ser compreendidos a partir do modelo primário, secundário ou terciário de atenção, já que na sua especificidade eles podem atuar como porta de entrada e também como acompanhamento contínuo de longo prazo para os usuários desses serviços.

“Essa mudança paradigmática deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe, família e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições, o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do tratamento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo e interdisciplinar, assim como as práticas e os saberes tradicionais devem ser reconstruídos para responder a essa transformação.” (Oliveira et al., 2014, p. 369)

Estudos como o de Onocko-Campos (2011) são fundamentais para a compreensão do problema apresentado, mas precisam ser complementados por outros modelos de compreensão dos trabalhos das equipes de saúde mental, principalmente visando a compreender o papel das alianças inconscientes na estruturação do trabalho interdisciplinar dos CAPS.

Muitos trabalhos têm feito esforços significativos nesse sentido. Destaco, por exemplo, o trabalho de Rocha e Zanardo (2022), que busca a partir da adaptação de escalas de avaliação um modelo que permita a coleta de dados quantitativos com indicadores passíveis de generalização e direcionamento das políticas públicas.

“A construção de instrumentos que visem avaliar a qualidade e funcionamento dos serviços de saúde mental ainda é um grande desafio devido à complexidade deste campo e à subjetividade que envolve um cuidado que se propõe a considerar a singularidade e integralidade dos sujeitos. Porém é fundamental que se façam esforços na direção do estabelecimento de indicadores e parâmetros que avaliem a qualidade e efetividade dos serviços e possibilitem avaliações sistemáticas para acompanhamento da atenção realizada no cotidiano dos serviços de saúde. Outro aspecto já destacado na literatura é a importância que essas avaliações considerem os diferentes atores sociais (usuários, profissionais e familiares) no processo de atenção e cuidado.” (Rocha e Zanardo, 2022, p. 11)

Pretendo com a pesquisa, através da exploração do campo de avaliação de serviços, demonstrar a necessidade da complementação das formas mais tradicionais de avaliação centradas no conhecimento prévio dos pressupostos e metas e indicadores dos serviços de assistência à saúde mental.

9.1 PROCEDIMENTOS

Para o desenvolvimento da revisão proposta, as seguintes etapas foram realizadas: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise crítica dos estudos e discussão dos resultados.

Fui buscar registros dessas experiências em textos publicados, selecionando trechos e eventos que descrevem as estratégias de ação, bem como os conflitos entre a equipe na tomada de decisão e avaliação das condutas clínicas.

Para a seleção das amostras foram consultadas as seguintes bases de dados para seleção da amostra: Repositório PUCSP - REPOSITORIO PUCSP: Teses e Dissertações dos Programas de Pós-Graduação da PUC-SP; a Biblioteca digital de teses da usp Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP; a Biblioteca digital brasileira de teses e dissertações Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). (ibict.br) e o catálogo de teses e dissertações CAPES Catálogo de Teses & Dissertações - CAPES.

O recorte deste trabalho consistiu em:

a) a seleção de trabalhos publicados com transcrição de relatos e vinhetas clínicas que estejam operando no campo da atenção psicossocial e envolvam nas narrativas aspectos relacionados aos processos decisórios e de análise do material clínico. As teses e dissertações selecionadas precisavam tratar do tema da reforma psiquiátrica, especificamente do movimento da cidade de São Paulo, precisavam incluir referências os serviços CAPS e apresentar de forma descritiva vinhetas de trabalho, onde as relações de equipe estavam claramente indicadas;

b) trabalhos que falem do desenvolvimento das estratégias de intervenção na cidade de São Paulo, levando em consideração a especificidade da organização dos serviços de atenção nesta região.

Para a análise do material, o texto foi selecionado e agrupado por meio de categorias que tratavam a problemática buscada: as relações de equipe e articulações que organizam a rotina e as tomadas de decisão que definem o trabalho da equipe; as relações com os usuários do serviço e os efeitos que a nomeação de categorias clínicas nosográficas produzem sobre as expectativas do trabalho; finalmente, o sofrimento na equipe e o que fica silenciado nas relações.

Hipóteses:

1- As principais dificuldades na criação de uma estratégia de acolhimento adequada estariam condicionadas a efeitos derivados das alianças inconscientes e pela mobilização de respostas burocráticas das equipes.

2- O olhar sobre as cenas de cuidado revelaria a necessidade de uma reorganização dos critérios utilizados para a avaliação e tomada de conduta em situações de emergência e urgência e identificação das alianças inconscientes e seu impacto nos processos decisórios.

9.1 QUESTÕES ÉTICAS

O trabalho apresentado baseia-se em material já publicado, submetido previamente ao escrutínio dos comitês de avaliação ética de pesquisa. A decisão de seguir por essa abordagem visa a dar voz ao material publicado e sujeitá-lo às estruturas interpretativas propostas neste estudo. Nesse sentido, no que diz respeito às considerações éticas, esta pesquisa não envolveu a participação de seres humanos, tornando desnecessário o registro e a avaliação pelo sistema CEP/CONEP (Comitês de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Brasileira).

A Resolução 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, considera que estas áreas:

[...] têm especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma acepção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico (Resolução 510/2016, p. 44).

Além disso, está dispensada da avaliação pelo sistema brasileiro CEP/CONEP, “[...] pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito” (Resolução 510/2016, Art. 1º, Parágrafo único, inciso VII, p. 44)

10 ANÁLISE DE DADOS

A questão fundamental desta tese reside em demonstrar os efeitos produzidos no trabalho clínico dos CAPS das configurações vinculares que os constituem. É importante notar como uma das grandes dificuldades na implementação de modelos interdisciplinares reside, dentre outras coisas, no fato de que os processos decisórios não são compartilhados, ou são interpelados por uma série de mecanismos que os sabotam.

Trazer a evidência desses processos pode ajudar a pensar o caminho para a constituição de uma verdadeira interdisciplinaridade e um alcance ainda maior da potência do trabalho dos aparelhos territoriais.

De acordo com Kaës (2007), a psicanálise que toma o grupo como campo de intervenção surge como meio capaz de alcançar certos sofrimentos psíquicos que só são acessíveis neste dispositivo. O autor chama a atenção para as funções metapsíquicas do grupo, aquelas que ficam situadas como pano de fundo da psique individual, entre esta e/ou outros metaquadros – cultural, social, político, religioso – que lhes fazem suporte. Ainda, as desregulações ou deficiências destas funções psíquicas afetam diretamente a estruturação e o desenvolvimento da vida psíquica de cada um.

Num serviço complexo como um CAPS, para além dos vários discursos psicopatológicos em coexistência que orientam as tomadas de decisão e articulação das respostas da equipe, precisamos pensar que a expressão do sofrimento mental também é colocada frente a um olhar específico que a valida e, muitas vezes, a molda.

Assim, devemos pensar essa análise em três eixos principais: o primeiro eixo diz respeito às relações de equipe e às articulações que organizam a rotina e as tomadas de decisão que definem o trabalho da equipe; o segundo eixo descreve as relações com os usuários do serviço e os efeitos de nomeação criando certas codificações através das quais uma leitura do fenômeno do sofrimento mental se destaca; finalmente, o terceiro eixo se dedica a descrever tanto os efeitos de sofrimento na equipe como, também, o que permanece encriptado das questões clínicas dos usuários dos serviços.

Os textos de referência para a análise são retirados de uma dissertação que trata da experiência de um trabalhador do campo da saúde mental pública no Brasil e

de uma tese que discute o trabalho de construção nas equipes de Projetos Terapêuticos Singulares⁹. O autor procura apresentar narrativas construídas a partir da experiência profissional de pesquisador em sua trajetória como trabalhador no campo da saúde mental. O estudo é qualitativo e exploratório, utilizando as narrativas como ferramenta metodológica para imprimir no texto a presença e as vivências da experiência do pesquisador como trabalhador da rede pública de saúde mental na produção do cuidado em saúde mental.

A pesquisa apresenta as seguintes questões norteadoras:

Como se produz o cuidado no cotidiano de um serviço de saúde mental hoje?

O que emerge nas narrativas da experiência de um trabalhador do campo da saúde mental?

Quais são os instrumentos teórico-conceituais que fundamentam as práticas/experiências no cotidiano de um trabalhador do campo da saúde mental?

Qual é o atual estado dos modelos interdisciplinares nos CAPS?

Como a dimensão inconsciente dos vínculos determina o trabalho e as relações entre trabalhadores de saúde mental nos CAPS?

Em suas considerações atravessamos a noção de vínculo como eixo central da capacidade de trabalho:

“Esse estudo configura-se como uma tentativa de tradução para texto desses processos minuciosos que compõem o fazer cotidiano de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: pensamentos, vivências, afetos, desafios e possibilidades. Vivências subjetivas e corporificadas devem ser consideradas, uma vez que o corpo é o principal instrumento de trabalho de um terapeuta que atua na rede pública de saúde mental. Um corpo que necessita de outros corpos para fazer corpo nas intervenções que esse trabalho demanda. Para que haja envolvimento de outros corpos a somar nos atendimentos e intervenções, há também a necessidade de articulações com esses outros corpos que são suporte no dia a dia institucional. Como numa orquestra, se torna necessário que estejamos alinhados à regência em

⁹ Os trabalhos referidos são de Cristhian Schieck, Narrativas (d)e cuidado em saúde mental: por uma clínica política e de Tiago Ribeiro, A construção do Projeto Terapêutico Singular com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: a perspectiva de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial III adulto, ambos do ano de 2021.

princípios e em disponibilidade, para que a construção contínua desse trabalho aconteça.”; (Schieck, 2021, p. 73)

Pensar sobre o elemento do trabalho é fundamental, já que permite vislumbrar questões significativas para o exercício das equipes de saúde. Afinal, tanto o trabalho representa a sistematização de métodos e técnicas da equipe como é, também, o movimento de elaboração em direção a uma nova posição psíquica. Seguindo a definição de Kaës, “um trabalho é uma transformação efetuada sob o efeito de modificações energéticas. As transformações psíquicas dizem respeito a formas, processos e sistemas de relação. O trabalho implica não somente um gasto de energia para a transformação, mas, também, gastos de energia contra a transformação; o correlato do gasto de energia é uma defesa contra o trabalho, uma resistência a essa transformação. (Kaës, 1989)” (Kaës in Fernandes, 2003, p. 3)

Assim encontraremos tanto resistências e imobilizações como possibilidades de transformação e criação. “Mas se o gasto é fundamental na transformação é porque ele indica que o trabalho psíquico é uma modificação que pode conduzir a uma ruptura nos investimentos.” (Fernandes, 2003, p. 3)

A ruptura e a geração de novas matrizes de vínculo me parece ser o ponto fundamental dessa análise, pois é sobre a capacidade de ligação e desligamento que as próprias formações conceituais e teóricas podem advir.

“No ‘dispositivo grupal’ alguma coisa é trabalhada especificamente pelo grupo – certas formações psíquicas e processos psíquicos se atualizariam de maneira privilegiada. Este seria objeto de um “trabalho” e de uma elaboração e transformação favorável, na medida em que retomaria o que a situação e o dispositivo tradicional (de cura) não permitiram elaborar”; (Fernandes, 2003, p. 4)

O segundo trabalho escolhido foi a tese de Ribeiro (2021) que analisa a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, a partir das falas de profissionais de saúde de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) III adulto. A pesquisa revela que o PTS não é necessariamente construído conforme os desejos do usuário, sendo moldado na relação entre profissional de saúde e usuário. Além disso, destaca a importância da consideração do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, apontando para a

necessidade de incorporar conhecimentos de diversas áreas para oferecer um cuidado adequado.

A pesquisa analisa a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho e sustenta que o PTS não é necessariamente construído conforme os desejos do usuário, mas sim na relação entre profissional de saúde e usuário. O PTS é um projeto em constante desenvolvimento, adaptando-se às mudanças na vida dos usuários durante o cuidado.

A análise dos profissionais destaca a importância de considerar as diversas formas de experimentar o trabalho e a polissemia dessa atividade. Além dos sintomas psiquiátricos, os profissionais também levam em conta questões familiares e comunitárias na construção do PTS.

As atividades oferecidas pelos CAPS tendem a atender a demanda da maioria dos usuários com casos graves ou persistentes.

Os casos de usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho são considerados menos frequentes, exigindo a articulação de conhecimentos de outras áreas para o cuidado adequado. A construção do PTS incorpora não apenas as políticas de saúde mental e do CAPS, mas também as concepções dos profissionais de saúde sobre PTS e trabalho.

É importante olhar para a contribuição e circulação dos processos decisórios na construção do PTS, afinal, eles são construídos dentro de equipes multiprofissionais, nas quais o debate sobre seu funcionamento e a maneira como cada arranjo institucional pode favorecer a tarefa de ressocialização é essencial. Além disso, a singularidade na construção do PTS se dá na articulação entre elementos subjetivos (relacionados ao usuário) e objetivos (relativos ao contexto institucional e social), necessária para abordar a complexidade dos casos tratados nos CAPS III.

A pesquisa destacou que a especificidade da construção do PTS em CAPS III é um problema relevante e pouco estudado, mas identificou o instrumento como capaz de atender a complexidades particulares do sofrimento psíquico, evidenciando a importância da colaboração interdisciplinar para sua eficácia. Além disso, o texto aponta que os estudos sobre a prática de cuidado no contexto dos PTS não são universalizados e estão diretamente relacionados ao perfil do profissional que as executa, reforçando a necessidade de uma equipe multidisciplinar bem-organizada, e aqui reside nosso ponto de interesse, pois essa organização depende dos efeitos das alianças inconscientes na construção dos vínculos profissionais.

Portanto, a interdisciplinaridade no desenvolvimento dos PTS é crucial para uma abordagem operativa que vise à ressocialização dos usuários, combinando conhecimentos e práticas de diferentes disciplinas para abordar as necessidades complexas e diversas dos usuários de serviços de saúde mental.

10.1 APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

Apresentarei, na sequência, uma seleção de quatro trechos que representam a ação e experiência da equipe multidisciplinar de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) na lida com os casos clínicos e desafios impostos a esse exercício. Separo, também, as categorias de análise propostas, articuladas por níveis de complexidade:

10.1.1 Cena 1

Na primeira narrativa, o autor destaca a intervenção do serviço como apoio matricial a uma outra unidade da rede. A dificuldade da elaboração de um plano conjunto, as dimensões concretas do território e a definição dos objetivos no cuidado à saúde mental.

“Fui até o CAPS para seguir direto para uma reunião de matriciamento com Atenção Básica no território, bem como para discutir os fluxos de encaminhamento e do circuito de cuidado proposto entre Atenção Básica e atenção psicossocial estratégica (atenção especializada – CAPS Adulto). Momento em que acontecem trocas e diálogos. (...) Nosso serviço divide-se em dois grandes territórios, um mais próximo, com ampla circulação de pessoas e com característica mais comercial, e um mais distante, com característica de bairro residencial. Não é somente a distância que se diferencia ao caracterizarmos esses territórios. O território mais distante é também bastante pobre e dispõe de poucos recursos de estrutura e saneamento básico. (...) Pensar um território é pensar sobre os modos de vida de um lugar, as possibilidades de existir fomentadas na relação com aquele

espaço geográfico, a produção de subjetividade a partir das forças que ali incidem e que moldam, em alguma medida, os sujeitos circulantes naquela delimitação geográfica. Pensar o território significa refletir sobre diferentes formas de morar, sobre o que caracteriza a população que ali vive, e fazer a conexão da relação entre sujeito e mundo, considerando um “mundo”; aquele próprio território. (Schieck, 2021, p.23-24)

De volta ao motivo que me fez ir até o território, naquela tarde de novembro, tratava-se de uma reunião com a equipe de saúde mental da Unidade Básica de Saúde (UBS)¹⁰, em uma sala no segundo andar do prédio da UBS. O assunto principal era pactuarmos como o CAPS poderia apoiar a equipe da UBS, considerando que a psiquiatra da UBS deixou a unidade e a nova contratação poderia demorar diante das necessidades que emergem diariamente. O fato de essa UBS possuir equipe multiprofissional que atende saúde mental na atenção básica faz com que um bom número de usuários faça acompanhamento lá e outros tantos são encaminhados ao CAPS, sobretudo em situações em que o sofrimento está intensificado. Algumas pessoas escolhem cuidar-se na UBS pela maior proximidade de suas casas, outras esbarram na dificuldade em pagar passagens para deslocar-se até o CAPS de transporte público. Na reunião, eu estava com outros três colegas de trabalho, pessoas com quem tenho boa relação, o que facilita a tomada de decisão e de posicionamento em relação às demandas trazidas pelos profissionais da unidade básica de saúde. A reunião se dividiria em duas partes, uma primeira onde estavam presentes somente CAPS Adulto e equipe multiprofissional da UBS, e, em um segundo momento, quando se juntaram a nós profissionais das equipes de outros serviços de saúde mental do território (CAPS Álcool e Outras Drogas e CAPS Infantojuvenil). No primeiro momento, discutimos acerca do fluxo de encaminhamento e sobre como poderíamos fazer mais presença naquele território. Entendemos que há um trabalho a ser feito sobre qualificação da escuta e cuidado das pessoas que têm questões de saúde mental com a própria equipe da Atenção Básica, sobretudo com os médicos, por ser esta a categoria mais rotativa no quadro da unidade. No segundo momento, juntaram-se à (sic) nós os demais serviços de saúde mental que cobrem o território da UBS e então a reunião voltou-se para uma breve discussão das questões de pessoas que são acompanhadas no CAPS AD e fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, havendo um alto número de casos pautados para um pequeno período de tempo, razão pelo qual não foi possível aprofundar a discussão caso a caso, como no primeiro momento da reunião.

¹⁰ As referências à unidade de saúde em questão foram removidas desse texto para preservar as pessoas envolvidas nas cenas descritas.

Ao final da reunião, retornamos ao CAPS. Dentro do Palió, visualizamos o trajeto...” (Schieck, 2021, p. 29- 30)

Num primeiro nível de análise destacamos os elementos fundamentais do conteúdo trazido na narração indicado por itens:

- A tarefa do relato é a realização de uma reunião com a equipe da Atenção Básica (UBS) a partir da concepção do matriciamento, ou apoio da equipe especializada. Matriciamento ou apoio matricial é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011).
- O psiquiatra da Unidade de Atenção Básica deixou a unidade; resta uma demanda a ser contemplada; há um pedido para que o CAPS absorva essa demanda.
- O autor fala em necessidades que emergem diariamente. Surge a tarefa de pensar a dimensão da “emergência”.
- Introduce a dimensão da gravidade como critério (pacientes mais graves são atendidos no CAPS), no entanto, há uma questão posta para tentar conciliar a preferência que alguns pacientes, mesmo sob condição de gravidade, manifestam pelo tratamento na UBS.
- A preferência não se resume somente à distância, mas também a questão econômica se faz presente. O CAPS é distante e, para muitos que ali fazem seu tratamento, pagar a passagem é um custo impeditivo.
- Menciona que estava acompanhado por colegas com boa relação, o que facilita a tomada de decisão (acho que aqui aparece um elemento importante para a presente análise das configurações vinculares, pois há o apontamento para a relação entre equipes: a menção à condição da boa relação é em primeiro lugar pragmática, mas indiretamente aponta situações de tomada de decisão sem apoio tácito dos colegas – nesse sentido percebemos uma cautela, uma preocupação com um cenário onde a boa relação não se faz presente).

- Há também uma indicação sobre o posicionamento, no texto me parece uma defesa prévia do próprio serviço que o autor representava e a vontade de acolher a dificuldade da UBS.
- A reunião está dividida em duas partes: a primeira direta com a UBS e a segunda conta com a participação dos outros serviços CAPS da região de referência. Essa divisão incide também sobre a capacidade de resolutividade das reuniões: a primeira cumpre a função de acolher e estabelecer a promessa de apoio, enquanto a segunda se perde na multiplicidade de participantes e pautas. Termina em suspensão. O tempo da urgência dilui-se na postergação, numa decisão que fica para outra vez.
- Não há muita menção sobre a dinâmica da decisão, penso que a questão anteriormente levantada sobre o posicionamento e a acolhida da demanda da UBS, a questão da presença (se fazer mais presente no território) é interessante, já que aponta a própria vacância do serviço de referência no território: não se trata mais de estabelecer parceria e suporte para uma situação pontual de falta da equipe da UBS, mas, ao contrário, de uma nova dinâmica com a separação da competência entre os serviços. Fico em dúvida se não estaria basculando o critério de divisão por complexidade, para uma divisão por diagnóstico.
- A frase que resume a proposta é “qualificação da escuta e cuidado”. Seria melhorar as condições de cuidado? Em que sentido? A escuta é uma dimensão técnica que precisaria ser desenvolvida pela equipe da UBS (supomos que ela não escute), especialmente no trato com a classe médica (que escuta mal) e porque ela evade. A escuta ajudaria a reverter o processo de evasão da equipe?
- A segunda parte da reunião identifica o uso abusivo de álcool e drogas como a questão principal da demanda de saúde mental da região. Essa constatação leva a um processo de reclamações e uma dificuldade operativa; acaba o tempo e os casos não são discutidos.
- O retorno à região do CAPS traz uma conotação melancólica em que aparecem os sinais do território dividido, sinais que apontam, talvez, para a enormidade do desafio do cuidado em saúde mental na região.

O presente relato traz muitas falas sobre o território: ele é percebido como grande demais e com circulações fora de controle (a saída dos médicos, a impossibilidade de arcar com a passagem de ônibus dos moradores, a viagem do matriciamento, a reunião com as diferentes equipes).

Aparece também uma preocupação com a integridade do sistema. Precisamos defender o SUS, garantir seu bom funcionamento através de dispositivos que acolham os colegas profissionais de sua situação de desamparo. As boas relações favorecem tomadas de decisão mais alinhadas ao posicionamento e ao estabelecimento de garantias ao outro. Aumentar a presença na região como suporte fantasmático a esse abandono, esse outro lado de lá que se situa na linha de frente. Quem tem de dar conta da insuficiência do sistema são os serviços, através da oferta de suas disponibilidades, um jogo onde as alianças entre serviços subsumem as próprias rotinas e práticas que definem os objetivos da instituição.

Efetivamente são as situações-limite que põem à prova os pactos e acordos que definem o funcionamento da equipe. Os furos, que nesses casos são representados tanto pela saída do médico da UBS quanto pelas questões de divisão do trabalho na população-alvo, ameaçam a integridade do ideal de transformação representado pelo modelo CAPS. A mistura entre a preservação da UBS e a preservação do próprio pacto do CAPS parece representar o que Olivier Nicolle chama de relativa destituição referencial da exterioridade.

René Kaës define o conceito de vínculo como “a realidade psíquica inconsciente específica construída pelo encontro de dois ou mais sujeitos. Essa definição enfatiza a realidade psíquica inconsciente, que é o objeto constitutivo da psicanálise. É ainda especificada por uma abordagem em termos de processo: o vínculo é o movimento mais ou menos estável de investimentos, representações e ações que associam dois ou mais sujeitos para a realização de alguns de seus desejos” (Kaës, 2011, p.159). A lógica do vínculo é a das implicações recíprocas, inclusões e exclusões mútuas.

O resultado alcançado pela intervenção de matriciamento fica sujeito a uma série de atravessamentos: a incapacidade de afirmar-se como referência, já que o apoio técnico conduzindo a discussão de casos na unidade não atende ao vazio deixado pela saída do psiquiatra da equipe; o desejo de coesão discursiva pelo grupo de “boa relação”, que, ao apontar a dificuldade com os processos decisórios, apela

para uma solução imaginária (projeta a imagem de um serviço sem furos, com discurso único e coeso, que não sofre do mesmo mal da unidade de atenção básica).

Koda e Fernandes (2007), já indicavam movimento análogo ao fazer a análise do trabalho da equipe do NAPS em Santos:

“Outro momento de crise vivida pelos trabalhadores do NAPS se dá por ocasião da mudança de gestão municipal, no final da década de 90. A falta de respaldo da administração para os serviços gera um empobrecimento das práticas. A desarticulação da rede, a falta de investimentos e de infra-estrutura limita o campo de ações possíveis. Vemos a desmobilização da equipe e dos projetos que, ao invés de se dirigirem ao território, refluem para dentro da instituição, reforçando o modelo médico/ambulatorial tão criticado anteriormente. O desânimo dos trabalhadores ganha ares de luto pela perda de algo muito importante para a continuidade de uma proposta antimanicomial: o respaldo da administração política.” (Koda e Fernandes, 2007, p. 1459)

O que há de semelhante é o sentimento melancólico, a desesperança implicada pela enormidade da tarefa, a referência, a organização da rede fica à espera de um acontecimento salvador.

10.1.2 Cena 2

“Uma semana antes da intervenção, vou ao encontro de M. com a equipe de Consultório na Rua. No caminho, falamos sobre sua existência, sobre a dificuldade que as equipes de abordagem têm em acessá-la para colher informações e de como ela é pouco receptiva inicialmente, "abrindo-se ao diálogo pouco a pouco" – disse a psicóloga que já tinha realizado visitas anteriormente. Na Kombi, estão o motorista, um colega técnico de enfermagem do CAPS, a colega psicóloga do Consultório na Rua, duas profissionais residentes e eu. Dentre nós, somente a psicóloga conhece M. Eu estava ansioso para conhecê-la. Lançar-se ao encontro das pessoas em diferentes ocasiões, fora das delimitações dadas pelas paredes de um CAPS torna-se um ato clínico surpreendente, que produz outros olhares para o acompanhamento em saúde mental para quem cuida e para quem é cuidado. É uma experiência necessária para qualquer trabalhador de um serviço de saúde mental, pois ultrapassa o acesso à vida do sujeito conhecido somente pela narração nos atendimentos, possibilitando que o trabalhador também experimente, em alguma medida, como a vida acontece nesses espaços. Quando os usuários nos recebem em seus territórios - seja em suas casas, seja quando, "sem querer", nos esbarramos pela rua ou quando já estamos por lá e passamos em alguma casa sem avisar, nos espaços onde a vida está em acontecimento constante, com os recursos que se tem - tende-se a potencializar o vínculo e os afetos entre ambos, produzindo um efeito surpresa na relação cotidiana de trabalhadores e usuários, possibilitando deslocamentos, misturas, uma relação diferente da produzida em consultórios. Eis o encontro que produz o inesperado, a possibilidade de usuário e trabalhador experimentarem-se afetados em outros lugares, ângulos, contextos, settings, colocando em ato os efeitos da surpresa e da contra-surpresa da clínica peripatética (LANCETTI, 2016, p. 101).

Chegamos ao local e percebemos que M. havia feito uma casa – literalmente – sobre a calçada, ocupando o largo espaço por inteiro com diversos restos de diferentes objetos, sobretudo quadros, panos, caixas e resquícios de madeiras, materiais considerados lixo para a maioria das pessoas. Na casa de M., telhas quebradas e tapumes de madeira compensada constituem o telhado. A altura é de cerca de um metro do solo – ela cabe sentada ou deitada ali. É vista como acumuladora por nós profissionais de saúde e de saúde mental – alguém que guarda coisas variadas em sua “casa”,

que cresce com o passar do tempo. Já são oito anos vivendo naquela calçada e “acumulando coisas”, “ampliando sua casa”, “trabalhando para o Estado”. A relação de M. com os vizinhos é bastante ruim: tem sido constantemente ameaçada pela vizinhança, e já sofreu tentativas de envenenamento, sobretudo quando está mais nervosa, mais desorganizada e com menos juízo da realidade, o que a torna bastante vulnerável naquele ambiente. A casa dela fica embaixo de uma árvore, onde pendura fezes para garantir que as pessoas não se aproximem. Ela nos recebe com bastante palavrões, e diz: "as pessoas vem aqui, incomoda a privacidade da gente, perguntam sobre minha vida e depois vão embora". Fala sem parar, bastante acelerada, porém, de repente, passa a escutar um pouco e abre-se para o diálogo. Nos aceita ali. Iniciamos uma rápida conversa sobre outras possibilidades de moradia e ela diz: "aqui é minha casa, eu não gosto de albergue, não quero ir pra albergue", referindo-se ao Centro Temporário de Acolhida – possibilidade de moradia pensada pela equipe para ela. "Até saí do Brasil às vezes. Vou pra Foz do Iguaçu, mas depois volto. Sempre volto". Reafirma, "aqui é minha casa". Pergunto sobre os panos de prato que borda e pinta e ela mostra algumas obras que fez. Operar uma práxis no campo da saúde mental é algo complexo e exige transitar entre territórios: um território que é geográfico (concreto) e outro território que é existencial, presente na forma como cada sujeito experimenta subjetivamente aquele mesmo espaço geográfico, de acordo com sua habitação existencial do mundo, onde articula aspectos da subjetividade de acordo com a complexa heterogeneidade cultural da relação indivíduo-sociedade. (LANCETTI, 2016).

M. existe ali, daquela maneira, naquele território e há oito anos. Acompanhá-la em franca existência psicótica em uma situação de crise que não cessa e que, ao contrário, entendo ser a construção delirante que permite a sustentação da sua existência ali, provoca diversas dúvidas a todo o tempo. Uma delas diz respeito ao complexo desafio que é realizar o cuidado contínuo de pessoas que estão pelas ruas, em suas existências nômades, por vezes também compreendidas como “situações de crise”, onde se exige firmeza dos trabalhadores nos encontros, e muitas vezes corpo a corpo com os sujeitos, na construção de possibilidades de continência cotidianas nos territórios existenciais (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Em uma tentativa de cozinhar, M. já se queimou dentro da "casa" e não buscou ajuda em um pronto socorro. Ainda, M. possui um botijão de gás consigo e há relatos de que os demais moradores dos arredores se preocupam com sua relação com o botijão e com o fogo. Atualmente, sobrevive alimentando-se de miojo, massas prontas que cozinha em um pequeno espaço do chão, onde faz fogo. Dentro da "casa", olhando de fora, superficialmente, avisto um rádio/tv de 7", onde ela fala que ouve as notícias. Diz: "As notícias

não “tão boas, não. Ainda mais na política... Bando de salafrários, só querem o meu dinheiro”, grita com sua voz imponente. Enquanto estou paralisado diante de seus gritos, penso: é necessário gritar; hoje tem pessoas aqui interessadas em escutá-la. É tanto sofrimento que precisa sair, sair rasgando as cordas vocais e vibrar nos ouvidos daqueles que se permitem ouvi-la. O papo estava começando a fluir, mas, por uma questão de horário, precisamos ir embora. Nesse momento, a decisão da internação já havia sido tomada. Poderia falar o que fosse, já imaginávamos o desfecho da história: ela seria internada involuntariamente e o local estaria “limpo”. Diante disso, só conseguia pensar o quanto nossas intervenções como profissionais de saúde pública, a favor do Estado, sempre bem-intencionadas, por vezes não consideram o sujeito que recebe a intervenção. As ações, muitas vezes, não estão articuladas e construídas com quem irá experimentá-las do outro lado da relação “equipe-sujeito”. Parei e lembrei de algo que sempre conversamos e alinhamos como equipe no CAPS: se uma equipe escolheu uma conduta em um espaço de construção coletiva, como uma reunião de planejamento ou discussão de caso, eu, como parte daquela equipe, preciso segui-la também, para que esta, de fato, venha a ser entendida como terapêutica. Posso discordar durante a discussão, durante a construção da conduta, mas uma vez que a conduta coletiva foi escolhida e tomada pela equipe, preciso sustentá-la nas ações cotidianas. Em nossas práticas diárias como trabalhadores de saúde mental que apostam no cuidado em liberdade e co-produção da diferença, não é raro nos depararmos com situações de confrontação ética, permeadas de muito afeto, produzindo presença ativa e relações corpo a corpo nos processos de cuidado (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Logo na semana seguinte, a notícia de que uma pandemia nos acometia tomava conta de todos os jornais e noticiários da televisão. No CAPS, me sentia como uma barata tonta, sem saber o que fazer – estávamos vivenciando um susto coletivo e paralisamos diante dele. Após vivenciarmos esse susto, recebemos orientações para que todas as atividades coletivas do CAPS fossem suspensas: não haveria mais grupos, nem ambiente de convivência naquele momento. Nosso trabalho passou a ser de orientar as pessoas a permanecerem em suas casas e de construir maneiras de seguirmos lá na ponta, perto da população. A partir disso, a ação de internação involuntária que aconteceria com M. foi adiada e posteriormente cancelada. Maria havia sido esquecida por todos nós em meio à pandemia.

Seis meses após o início do período de quarentena na cidade, eu e duas colegas do dispositivo Consultório na Rua retomamos as visitas para a senhora da calçada. A caminho da casa de M., lá estávamos nós, na kombi, indo em busca de um recomeço. Ao chegarmos, descemos da kombi e

avistamos de longe um amontoado de coisas sobre a calçada, ao lado de uma rua movimentada, que é de mão dupla e dá acesso ao bairro. Entre muitos carros, ônibus e caminhões acelerados, indo e vindo, paramos na casa dela, que permanece situada embaixo de uma grande árvore cujo tronco faz fronteira, de um lado, diretamente com a rua. Do outro lado, a fronteira é dada por um extenso e alto muro que delimita uma oficina mecânica. Maria dá outro nome para essa oficina em suas falas: chama de "o ferro velho". A casa "dos que tem casa" mais próxima de M., está do outro lado da rua, em diagonal, a cerca de vinte metros. Na extensão da mesma rua, subindo por ela, existem mais casas, uma ao lado da outra. Algumas mais simples, outras mais sofisticadas. Descendo a rua até a esquina, existem ali alguns pequenos comércios e uma escola. O bairro onde M. reside parece uma pequena cidade do interior. Sempre que vou até lá, penso: que lugar gostoso! Tem um ar interiorano, um ar residencial e comunitário, exala tranquilidade, entre árvores e casinhas, nem parece que estamos nessa cidade-caos! Mas a presença de Maria permanece não sendo bem quista por boa parte da vizinhança.

Enquanto nos aproximamos de sua casa, percebemos que M. aumentou a quantidade de objetos utilizados na arquitetura e, portanto, a extensão da calçada ocupada chega a aproximadamente 20 metros. Pensei: em plena pandemia, quem não quis se proteger mais? Percebemos que aumentou o acúmulo dos sacos de folhas que recolhe da rua, os materiais de reciclagem e também pedaços de quaisquer coisas que passam a somar na estrutura de sua casa.

Ao chegarmos, M. encontra-se dentro da barraca, sentada, com as pernas esticadas e olhar desconfiado. Recepciona-nos falando um bocado de palavras, xingando o mundo e ao dar uma pausa, pergunta: "o que cêis qué aqui? O que cêis qué comigo?" Iniciamos a conversa perguntando como ela estava, como estavam seus dias, se poderia ajudar de alguma maneira. Ela grita "eu não preciso de ajuda de ninguém não". Em seguida, passa a falar sobre como vem sendo seus dias: "ah, tá daquele jeito né, o pior é quando chove". Na semana que antecedeu a visita, havia chovido durante vários dias. Conversando com M., vamos nos aproximando, ela se levanta e sai da casa, permanecendo em pé para conversar conosco. Em suas falas, percebemos uma mistura da sua história de vida, onde diz: "eu não sou daqui não, dizem que eu nasci no estado de Uberlândia, aí vim pra cá pequena com meus irmão". Comenta sobre diferentes pontos da cidade de São Paulo com familiaridade: "eu já fiquei pra Sé, pro Brás, pra rua Augusta...". Conhece o espaço onde está: "até o posto de gasolina é esse tal bairro, depois dele, já é o outro bairro", falando da divisão territorial do bairro onde vive. Conta sobre já ter ido a diferentes espaços da cidade e ressalta a importância do trabalho, onde diz "eu

tô fazendo o meu trabalho para o Estado, já que eles não fazem o trabalho deles direito. Tô ajudando a sociedade, porque se eu não recolho todas essas folhas e coloco nesses sacos, elas entopem o bueiro ali da esquina. Se eu for ficar esperando virem fazer isso, vai entupir tudo e encher de água o bairro". Conta sobre sua história de vida e suas andanças pelo mundo: "eu mais minha irmã vendia salgados na barraca, até construírem o shopping ali. Eu estava lá né, e o Silvio Santos também" – fala de uma época em que trabalhou vendendo salgados com sua irmã em uma barraca, em frente a um terminal e que pararam de vender ao construírem ali um shopping. Fala bastante sobre a figura do Silvio Santos e conta que já dividiu algumas histórias e momentos na presença dele. Parece ser alguém importante nas suas vivências. M. ainda fala: "você sabia que eu sei falar francês? É, eu falo francês. Eu já estudei francês..." No bate-papo, perguntamos: "M., você está com quantos anos?" Ela responde: "Eu? Eu tô com 45 anos, muito bem vividos, graças a Deus". Ela fala sem parar, parece que não respira. Conta que gostaria de ter outra casa, de material, mas é difícil: "eu já fiquei em vários lugares, até em albergue e lá eu não fico, é uma bagunça. Não tem paz. Tem muita gente que não respeita, que não dá sossego."

A partir dos encontros entre mim e M., ali naquela rua movimentada, ouvindo-a falar das diversas necessidades e também das soluções que tem dado para existi-la ao seu modo, uma afirmação teórica se coloca a partir da experiência: em um encontro terapêutico, o quão necessário é criar uma forte vinculação que permita negociações ao longo do tempo, estabelecendo uma relação de confiança, deixando de lado as classificações diagnósticas, podendo somente existir ali à luz do que se apresenta no encontro de dois sujeitos, da forma mais horizontal possível. Na medida em que o vínculo se amplia, mais sinceras tendem a serem as conversas, as trocas, as negociações, a dita transferência acontece. A aproximação com o sujeito amplia-se também na medida em que os encontros permitem que um apresente ao outro como cada um se situa no mundo, como existe e faz uma leitura de mundo de acordo com sua construção sociocultural, fomentando nos atos terapêuticos a descoberta de novos mundos a partir das trocas. Ousaria dizer que encontros terapêuticos são também encontros de diferentes mundos em constante movimento (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Ao falarmos da possibilidade de cuidado da saúde, M. diz: "a única coisa que eu queria fazer é meus dentes. Tive que arrancar com a mão. Doía, doía, aí eu tomei coragem e puxei com bastante força, até cair. Sangrou, sangrou, sangrou. E assim foram vários...Eu queria arrumar meus dentes. Não consigo mais morder direito." Falamos sobre a possibilidade de ir conosco um dia de kombi, tomar um banho no CAPS e depois trazê-la novamente. M. então

diz: "eu ir com vocês de kombi? Eu não. Um dia uma outra que morava aqui perto foi e converteram ela, esse negócio de igreja, falou que ia só dar marmitta e converteu ela. Eu não vou." Ela se refere às ações de grupos religiosos para pessoas que moram em situação de rua, que na verdade um dos objetivos é buscar as pessoas para incorporarem seu grupo religioso na oferta de "uma vida melhor", uma "salvação". Nossos encontros com M. têm se dado para abrir possibilidade de cuidado e de acompanhamento em saúde, mas ela é bastante resistente em fazer coleta de exames ou qualquer outro procedimento que não seja conversar e que se dê fora das proximidades da sua barraca. Seguimos tentando. Ficamos com ela por cerca de 1h30min e, na hora de ir embora, ela nos acompanha até a esquina onde está a kombi que nos trouxe. Com dificuldade, nos despedimos diversas vezes e M. queria continuar a conversa. Seguimos caminhando até a kombi. Antes de entrarmos, pausa para um respiro e acolhimento entre nós profissionais. Entramos na kombi para retornar ao CAPS. A cena que avistamos na saída é a de Maria conversando com um motoboy que parou com a moto na esquina para pedir informações. M. diverte-se, dando gargalhadas durante a conversa com o motociclista e ao passarmos, nos abana dando tchau novamente.

Já dentro da kombi, indo adiante no caminho de volta para o CAPS, também avanço nas reflexões e penso sobre o quanto daquela intervenção estaria respondendo aos nossos incômodos de classe média, branca e apegada a valores morais cristãos, em vez de identificar e acolher aquilo que seria importante para M., uma vez que haverá uma intervenção, interrompendo bruscamente o modo de viver a vida construído por ela para seguir algo que, em nossa visão, tende a ser "mais adequado". Divaguei nas reflexões e passei a me questionar se realmente era aquela conduta a melhor a ser tomada e também sobre de que maneira seria possível interrompê-la. Estava diante de um paradoxo: o quão sofrido é viver nessas condições, precárias aos nossos olhos, e o quão sofrido seria deixar de viver daquele modo a partir de uma intervenção pontual? Questões como estas são recorrentes para quem opera a construção do cuidado em liberdade por meio de práticas antimanicomiais, que são pactuadas no encontro com o sujeito, em ato. A dúvida e o não saber são elementos necessários na construção e sustentação de uma ética antimanicomial e de práticas clínicas pautadas por esta. Trata-se de contrapor-se às respostas automáticas, aos protocolos, à rigidez e burocratização do cuidado para permitir a construção da clínica da experiência, que se pauta pelo arriscar na inventividade de práticas que consideram o que é possível naquele encontro e contexto (ALMEIDA; MERHY, 2020).

A partir de reuniões como essas sobre M., percebo o quanto podemos facilmente passar a investir em intervenções mais simplistas, bruscas e de

clausura ao cuidar em saúde mental do que na práxis peripatética, ao investir em ir ao território, apostar no vínculo e em um acompanhar o sujeito longitudinalmente na construção de cuidado e responsabilidade compartilhados. Penso sobre a dificuldade de articular e também de sustentar modos de intervenção que busquem a emancipação por meio da co-responsabilização do sujeito no cuidado, que o cuidado se torna uma via de mão dupla em vez de ser unilateral na relação equipe-sujeito. Tenho a percepção de que é uma luta constante garantir o cuidado em liberdade e construí-lo junto com os sujeitos atendidos nos serviços, sobretudo garantir a atenção à crise no cotidiano do sujeito, onde a sua vida acontece em determinada complexidade, com os recursos que ali se apresentam. Tende-se a retirá-lo do seu cotidiano com vistas à proteção de si e também de quem os rodeia, quando intervenções que considerem o cotidiano daquele sujeito, o ambiente onde a vida acontece (em crise ou não) compõem (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

A atenção psicossocial e à crise de sujeitos à deriva, na chamada "situação de rua", perpassa por camadas ainda mais delicadas, onde, por ocupar um espaço entendido como público e de passagem (a rua), as pessoas que não fixam moradas nas ruas tem a falsa percepção de que possuem maior razão sobre as que se encontram habitando as ruas, em deriva.

A ideia de dentro e de fora, do público e do privado a partir dos corpos de pessoas que estão em situação de rua e de pessoas que possuem bens materiais, bem como espaço privativo para colocar-se "dentro" e "fora" é algo que precisa estar em discussão. As pessoas em situação de rua têm consigo enquanto borda, enquanto "entre" o dentro e o fora, apenas a pele do corpo como limite na relação com o mundo (MAUTNER, 1995). Isso permite e incita ações higienistas e de enclausuramento, com desejo de limpeza, de varrer das ruas das cidades aqueles que nelas residem e causam incômodo. Parte dessas ações acontece, muitas vezes, articuladas pelo elo sociedade e Estado (serviços públicos), como bem demonstra nossa história de relação com as populações que estão à margem, que são desviantes dos padrões normatizadores – tornam-se itens e conceitos em classificações médicas, ou seja, a possibilidade de tornar patologia aquilo que advém da heterogeneidade do *socius*, do diferente. Resultado de uma sociedade que caminha rumo ao individualismo e que é entendida como adoecida, na qual, para qualquer questão, há um tratamento que promete melhorar algo. O cuidado em saúde mental perpassa um trabalho com a sociedade também e não somente com os sujeitos atendidos pelos dispositivos de cuidado em saúde mental. É necessária a discussão sobre a afirmação da diferença, das tentativas de normatização da vida, bem como da patologização da pobreza. Há uma

dimensão do ambiente que é individual e há outra dimensão do ambiente que é coletiva, onde os sujeitos estão inseridos e em relação. Essas camadas articulam-se no desenrolar da vida e precisam ser consideradas de modo articulado quando pensamos no cuidado em saúde mental.

Ao olhar para questões sobre a delicada complexidade do cuidar em liberdade, Lancetti (2016, p. 113) contribui: No território e num processo terapêutico que se desenvolve ao ar livre é preciso negociar para funcionar como enxerto de transferência, para ser ouvido ou simplesmente para que o interlocutor em questão adira à proposta terapêutica. A complexidade se intensifica e se amplia quando as histórias começam a ser tecidas, quando outros atores participam do processo, uma escola que aceita o retorno de uma criança em grave sofrimento, uma família substituta, uma ONG, uma igreja, um núcleo de trabalho, uma equipe de enfermagem psiquiátrica, o conselho tutelar, etc. Ali, na beira da rua, durante a visita à M., eu estava dividido em dois: havia o lado profissional e eu enquanto sujeito, juntos em um corpo e em conflito, agindo por meio da minha inserção no SUS como profissional de saúde pública. Perguntava-me qual era meu papel ali, se estava a favor de M. e pensando em seu cuidado ou se estava ali realizando uma ação higienista retirando uma pessoa em situação de rua e colocando-a internada em um pronto socorro, alegando que estava louca e sem o juízo da realidade. Fiquei pensando o quanto há uma linha tênue entre ser uma ação de cuidado e ser uma ação de controle, sobretudo se considerarmos a relação com o tempo. Eu acredito que para desenvolver um trabalho de vínculo, longitudinal e de corresponsabilização do cuidado, demanda muitos investimentos em uma longa linearidade de tempo. Perguntava-me com angústia o que estava primeiro naquela situação. Via-me como alguém recém-chegado no encontro com a mulher, mal conhecia a sua história de vida. Havia recebido “o caso” há pouco tempo de uma colega de trabalho que acompanhava M. e que migrou para trabalhar no período noturno.

Enquanto trabalhadores dos serviços da rede de saúde mental e assistência passamos a ser cobrados constantemente por instâncias jurídicas para apresentarmos por meio de relatórios ações feitas que respondessem às necessidades de M. As reuniões em rede foram retomadas para discussão do caso entre atenção básica, serviço especializado de abordagem social, supervisão de assistência social regional, supervisão de saúde regional, subprefeitura regional-zeladoria, equipe consultório na rua, pronto socorro de referência. No decorrer do tempo, concomitante às reuniões seguiu (sic) presentes realizando novas visitas a M. por cerca de um semestre e percebemos que a situação estava mais delicada: havia aumentado ainda mais seu barraco, chegando a passar do meio fio da rua, colocando-se ainda mais

em risco. Também percebemos no discurso dela um cansaço existencial, um aumento da manifestação do sofrimento psíquico, junto de um pedido de ajuda quando em dado momento disse: "eu não aguento mais". Especialmente nesse dia estava com humor mais entristecido, com voz rouca. Era temporada de chuvas e chovia diariamente. O barraco cheirava muito mal, um cheiro típico da mistura entre madeira velha e que fora molhada, sem dar tempo de secar e já molhar novamente.

Discutimos o caso de M. em uma reunião que discute e acompanha especificamente casos de acumulação do território com o cuidado e sensibilidade que as pessoas que acumulam necessitam, a partir da ótica da saúde mental pública que tende a considerar o sujeito e sua complexidade. Foi construída em rede a necessidade de uma ação interventiva articulada com ambulância do serviço de urgência e emergência, guarda de trânsito, serviço de zeladoria da prefeitura municipal e junto dos trabalhadores do CAPS e UBS.

A intervenção foi agendada e então aconteceu depois de duas semanas. Por ter feito diversas visitas à M., combino com a equipe de não participar da abordagem diretamente e atuar posteriormente na retirada de seus pertences, filtrando pertences de valor simbólico para guardar e posteriormente devolver para M. No momento da abordagem, M. grita, xinga, demonstra-se assustada, permanece paralisada dentro de seu barraco. Os profissionais conversam sobre o objetivo da abordagem e M. não oferece resistência para entrar na ambulância e ir ao pronto socorro, somente solicitando determinados pertences para levar consigo entre eles uma bolsa que estava cheia de dinheiro que M. guardava consigo. Para a retirada dos objetos que sustentavam a casa de M. na calçada foram necessários dois grandes caminhões com caçamba que encheram totalmente. Eu e três colegas do CAPS nos juntamos aos poucos trabalhadores enviados pela prefeitura para a longa jornada de retirada dos objetos. Permanecemos cerca de 5 horas removendo os objetos para a caçamba dos caminhões e na medida em que fomos retirando-os, de pá em pá, centenas ou milhares de baratas corriam pelo espaço. Muitos escorpiões e ratos também se apresentaram em meio aos objetos e dentre os nossos pés para a alforria da equipe de trabalhadores. Às poucas mãos, muita energia foi precisa para alavancar com pás e enxadas todo aquele volume de coisas. Enquanto isso, Maria foi ao pronto socorro acompanhada de outros dois trabalhadores do CAPS, coletou exames de sangue para saber sobre seu estado clínico geral, permaneceu lá por uma noite recebendo seus primeiros cuidados e no dia seguinte foi levada ao acolhimento integral do CAPS. Recebemos os resultados dos exames clínicos de M. e nenhum apresentou alteração, causando surpresa para nós enquanto equipe. Fizemos um primeiro atendimento de acolhimento no CAPS e M. apresentou-

se calma, conversando tranquilamente conosco sobre ter sentido medo e susto com a abordagem feita, mas que esperava que algo nesse sentido fosse acontecer logo menos, dada as nossas visitas frequentes à sua morada. Falou sobre o quanto acreditava que alguém iria vê-la, que alguém iria tirá-la de lá. Falou sobre o desejo de ter uma vida diferente, de trabalhar vendendo seus bordados ou fazendo salgados como já o fez em algum momento da vida, de alugar um quatinho ou cama em alguma pensão para morar, colocar seu dinheiro em uma conta bancária. Iniciava-se ali, pela primeira vez na história de vida de Maria um acompanhamento em saúde mental e que poderá ser suporte no devir cotidiano da vida. Em minha jornada, produziu-se nesse processo uma intensa marca do que pode ser cuidado (LANCETTI, 2016).

Um mês de acolhimento integral se passa entre tentativas da equipe em utilizarmos o mínimo de medicação para conhecermos o máximo de M. sem vivências delirantes e estreitarmos a relação ainda recente. Houve um dia em que a enfermeira se propôs a fazer coxinhas com M., um salgado que ela muito já fez na vida para vender e foi um sucesso entre os degustadores. Os salgados de M. foram aprovadíssimos! Em um dos atendimentos, M. fala: "não aguento mais esse só come e dorme, come e dorme aqui dentro. Tiraram-me de lá pra cá, falaram que eu ia morar em uma pensão e não ficar morando aqui. Quero sair daqui do CAPS, quero ir para uma pensão, morar em um lugar que tenha porta para poder trancar ao sair, que eu possa ir fazer minhas coisas, trabalhar". Sentimos juntos o quanto estava difícil permanecer "esperando" enquanto em acolhimento integral e o desejo incessante de estar no mundo em vez de estar somente hospedada dentro do CAPS. Neste atendimento, junto com Maria combinamos frentes de trabalho e como operacionalizá-riamos no contexto do acolhimento integral. Conversamos sobre muitas articulações estarem acontecendo longe dos olhos de M. e que talvez isso produzisse uma sensação de paralisação frente aos processos. Falamos sobre as articulações para o acompanhamento com a dentista junto da equipe de consultório na rua, do trabalho na regularização de seus documentos pela equipe do serviço de assistência social (SEAS) para acessar alguma renda, bem como nas tentativas em fazer contato com sua família. Entendemos então que era necessário passar a fazer coisas juntos, sendo uma delas fazer os atendimentos fora do ambiente do CAPS, andando pelas arborizadas praças e parques que ficam ali perto. Mais uma vez, dava-se seguimento ao fazer clínico peripatético (LANCETTI, 2016; ALMEIDA; MERHY, 2020).

Em um desses atendimentos circulantes, M. fala: "se eu morar aqui perto, vou poder andar por essas praças bonitas, por essas árvores, vir nesse parque bonito". Ao caminharmos, reconhece: "Eu já morei aqui nessa esquina da avenida tal. Ficava aqui, eu e a bolsa de dinheiro. Mas eu não fazia essa

sujeira, essa bagunça não. Eu ficava aqui, ficava tudo limpinho. Já até limpei a piscina de uma dessas casas. Deram-me R\$5,00 pra limpar a piscina. Ficava andando por aqui, quando chovia eu ia para essa casa ali ó – aponta para uma casa grande – eu ficava ali embaixo para não molhar. O dono era um japonês e já me conhecia, até ria pra mim", conta. São as mesmas praças que algum dia já habitou, mas de outra maneira, residindo por algum tempo em uma, por outro tempo noutra, em situação de rua. Agora é possível habitá-las por lazer, em vez de moradia. Circula a partir de um outro lugar social, com outra contratualidade em habitar aquele espaço. Em dado momento, fala: "eu ficava andando pelas ruas pra tentar achar meus filhos, minha família né..." (SARACENO, 1999).

Para Almeida; Merhy (2020, p. 73), O antimanicomial em ato, como ética do agir, não precisa ser tomado como mais um imperativo que nos coloque em alta exigência e em risco de novos sufocamentos criados por nós mesmos em nossos cotidianos. O antimanicomial em ato opera em nós, nas nossas práticas e relações, envolvendo um campo de experimentação que nos situa no olho do furacão (que pode ser visto como potencialidade), para a abertura ao encontro com o outro, no qual o corpo é modelo para pensar os efeitos e causas dos afetos, para a composição ética dos nossos agires militantes. Para isso, o cuidado do outro é tão fundamental quanto o cuidado de si e o cuidado com o encontro.

M. não sabia, mas nos colocava diante uma grande dificuldade cotidiana da atenção psicossocial contemporânea, em tempos em que experimentamos a privatização do Sistema Único de Saúde: até onde pode ir o cuidado do CAPS? Cuidar é somente fazer rápidos e múltiplos atendimentos individuais como pedem as organizações sociais em saúde? Maria exigia de nós novamente o tal cuidado inventivo, a clínica que se pauta no experimentar. Assim como outros tantos, M. solicitava que agíssemos junto com ela em vez de agirmos para ela. Como fazer isso no cotidiano de um CAPS tão burocrático? Como incluir o cuidado psicossocial na produção? Como incluir e multiplicar entre a equipe recursos como o tempo, a disponibilidade, o afeto, a ética e a escuta necessários para o efeito terapêutico do deslocamento experimentado por M. entre o lugar de "doente" para o lugar de chefe de cozinha ao fazer suas saborosas coxinhas? Eu chamaria de atos de resistência ou de clínica política – fissuras tecidas no cotidiano em meio à burocracia. E aqui gostaria de levantar outro ponto que muito me inquieta: como sustentar a clínica da terapia ocupacional, que se pauta no fazer cotidiano, onde é necessário acompanhar os processos que ocorrem junto ao sujeito? Como garantir que isso se dê em tempos de supervalorização de modos hegemônicos no fazer saúde (mental), diante da rigidez institucional e de alta cobrança por

produtividade em recorde de tempo posta em um sistema de saúde pública cada vez mais entregue à iniciativa privada, gerido por grandes empresas que referem estar fazendo cuidado? Percebo por meio da experiência cotidiana que um dos nossos principais recursos terapêuticos está em xeque e que a afirmação e discussão sobre outros modos de produzir cuidado emancipatório não se cessará”. (Schieck, 2021, p.35-48)

Nessa cena, a questão em foco é a abordagem e busca ativa de uma potencial usuária alocada na região, mas que é objeto de queixas da comunidade. Há, como na cena anterior, elementos de um trabalho integrado a outro serviço, no caso o Consultório de Rua, que tem por especialidade a intervenção in loco com o público-alvo. Sua atenção, devido à própria configuração da equipe e do dispositivo de ação, é de baixa complexidade e articulada às demandas mais imediatas da situação.

A primeira citação aponta a dimensão da surpresa como entrada ao encontro, uma avaliação do risco que marca o objeto da intervenção e uma contra surpresa pela aderência às propostas terapêuticas. O cerne da intervenção está no estabelecimento de planos de negociação com a pessoa: isso representa sua valorização, a saída de uma lógica imediatista e o convite para um diálogo. O susto, ou a surpresa, carregado de indeterminação, também abre portas para reações e “fechamentos” do vínculo. É importante considerar que a compreensão é uma produção do encontro, somente a partir deste desenvolvida.

O segundo momento, mais específico do caso, trata da preparação da equipe frente à abordagem. São levantadas várias impressões iniciais: sua existência (parece-me a consideração de sua vulnerabilidade e o cálculo do risco), sua pouca receptividade às abordagens (aqui aparece a dificuldade de equipes anteriores – há também uma menção a uma abertura e leio um pouco a pouco como uma lentidão que resiste à temporalidade da urgência que motiva a intervenção), o desconhecimento prévio da equipe de abordagem da paciente.

A terceira passagem destacada orienta-se para uma dimensão do encontro que só aparece genuinamente pela experiência, pelo reconhecimento da realidade da vida do paciente. Acho que esse segmento traz embutida a separação dos lugares sociais e a dificuldade de reduzir o encontro com o paciente a categorias prévias. Há toda uma discussão que pode ser feita sobre a consideração do contexto existencial no planejamento da terapêutica e da abordagem. O inverso dessa situação seria

representado pelo paciente que chega ao serviço e é rapidamente rotulado em um diagnóstico, circunscrito à construção de uma expectativa que determinará as relações futuras no serviço.

Como referência, para pensar a problemática do diagnóstico como exercício de uma colonização subjetiva, cito um caso que foi atendido pelo CAPS Itapeva, no tempo em que eu compunha a equipe de trabalho. Trata-se do caso F. (jovem boliviano que chegou ao Brasil com 18 anos de idade após a morte de seu pai e que foi morar em uma comunidade da zona sul de São Paulo. Uma região que estranhamente tem poucos bolivianos, o que desfavorece a sua adaptação. Ainda na Bolívia, F. começa a manifestar visões e estados de estupor, sua família considera que ele teria uma disposição espiritual (como uma criança-sacrifício). Há menções de trabalhos realizados ao *Tio*, uma divindade típica da região das montanhas que funciona como mensageiro dos deuses. *El Tio* é tomado como o Senhor do submundo nas minas de Cerro Rico, Potosí. Apresenta-se como um espírito das minas que pode trazer proteção ou destruição. Mineiros entregam oferendas como cigarros, folhas de coca, e há uma crença de que se não for alimentado ele se manifestará buscando resolver pessoalmente a questão. Há referências que indicam que a figura de El Tio é uma amálgama das deidades *Supay* (divindade *Quechua*, *Aymara* e *Inca* que era tanto deus da morte como senhor do submundo inca, *Ukhu Pacha*), *Huari* (divindade pré-incaica associada com a cultura *Wari* do Peru). O caso é que a passagem desse jovem ao Brasil implicou numa transcodificação de sua identidade em um quadro de esquizofrenia. O uso de medicação sugerido não foi capaz de minimizar suas experiências de estranheza, mas, mesmo assim, continuou em uso por cerca de 30 anos. Com um progressivo embotamento e traços de comunicação que foram se esvaindo ao longo da história, no espaço intersticial entre o português e o espanhol, algo da história de F. ficou perdido e precisou acomodar-se na identidade do doente. Uma fala recorrente em seus atendimentos é que ele vivia no quintal de sua família com um gato. Por vezes acordava e fitava o gato a encará-lo – reconhecia ali o mais profundo desprezo, o que o levava a um choro compulsivo e à submissão –, alimentava o gato e recolhia-se à sua tristeza.

Nesse momento, notamos que a representação prévia que marcava Maria como um problema de saúde pública, acumuladora, passa a ser a representação imediata que marca a intervenção e o tempo (a inscrição da urgência): a marca subsequente aparece na caracterização da fala de Maria como acelerada. Não penso

que se trate aqui de uma posição de análise da semiologia de Maria e nem de um enquadre psicopatológico, até porque a condição maniforme (correlacionada a essa apresentação) não surge mais na narrativa. Acho que o que vemos é um movimento de defesa (frente à surpresa) da equipe em relação ao encontro: retorna o jargão estabelecendo as condições de tratamento e hierarquia da intervenção. É Maria quem está em vulnerabilidade, é a equipe quem se defende.

O tempo agora traz uma nova dimensão, fora da urgência da ação para ontem: ficamos sabendo que M. está ali há oito anos "em franca existência psicótica e em uma situação de crise que não cessa". A dilatação da categoria temporal faz pensar no abandono e na demora em se enxergar M. Também aponta que a crise é a representação da equipe.

É extremamente importante a informação de que a decisão de internação já havia sido tomada antes do encontro. Não é estratégia de cuidado, mas obrigação higienista da equipe de saúde.

Mesmo com o reconhecimento dos problemas, a equipe obriga-se a validar o pacto realizado pela reunião de planejamento. Não parece ser lidar com o inesperado da clínica, mas a obrigação de manter a equipe sob sustentação. O que aconteceria se a conduta tivesse de ser alterada? A fantasia parece apontar para o surgimento de uma crise na equipe, uma crise de validação que se impõe.

As medidas de normatização garantem para a equipe um fator de alívio de culpa, já que ela quer uma vida normal. Além disso, é preciso destacar a surpresa da equipe, quando os exames não apontam qualquer alteração. Há uma certeza antecipada, a equipe se coloca no lugar de saber o que se passa com Maria tanto no nível psíquico como também no nível físico.

O relato da paciente, apontando que havia ficado assustada e com medo frente à abordagem, nos faz pensar na repetição de um padrão de violência a que a pessoa em situação de rua se encontra submetida: há sempre um fator a ser considerado de que a saúde pública é um poder imposto pela sociedade.

Maria refere especificamente que se sente afetada pela equipe, descreve que sabia, ou pressentia que a abordagem iria acontecer, dadas as frequentes visitas à sua morada.

Não há propriamente a consideração do desejo ou da história do sujeito. Seus desejos expressos de vender bordados ou salgados, de alugar um quarto de pensão ou mesmo de ter uma conta bancária parecem atender a um código, aquele do que é

uma vida aceitável. A questão que tento colocar aqui busca definir ou um processo de ocultação do próprio desejo de M. ou, por outro lado, a falta de imaginação que só aponta possibilidade mediante um código fixo: venda, aluguel, conta em banco. Seria apenas pela circulação do dinheiro que M. poderia se inscrever subjetivamente, alcançaria o seu grau de reconhecimento social que lhe permitiria resistir às invasões.

10.1.3 Cena 3

“O primeiro relato, feito por A. (psicóloga), teceu não somente uma avaliação das condições de vida dos usuários do serviço que era marcada por uma grande vulnerabilidade colocando a necessidade de se submeter a trabalhos precários, o que dificulta a possibilidade de acessar os mecanismos de proteção social, como o valor pago pelo INSS (Instituto Nacional de Seguro Social); como também revelou um fator importante para o aparecimento de sintomas psicopatológicos. Além disso, a entrevistada coloca limites legais para garantir o afastamento do trabalho, considerando que um tempo longe dele poderia ajudar o usuário a pensar sobre sua situação.

[...] as pessoas tinham grande dificuldade com as questões do INSS, de se afastar e de não se afastar, acho que é uma questão interessante de abordar, né? Porque... como psicólogo você pode dar até 14 dias, às vezes eu dava um tempo... (isso é bem delicado, né, você vai vendo de acordo com a pessoa) e às vezes eu dava um tempo porque a pessoa precisava de um tempo pra se recompor e repensar se era esse o trabalho, se era outro trabalho... acho que a gente em Mauá especificamente, que é uma situação de vulnerabilidade, muitas vezes as pessoas trabalhavam em trabalhos que eram de muitas horas por uma remuneração bem baixa, em condições bem ruins. Às vezes eu dava atestado de dois ou três dias pra pessoa se recompor e repensar, ver se ela consegue outro trabalho, ver se ela não consegue, e é isso mesmo e ela vai ter que aguentar... mas tinha uns casos... eu lembro um, que é esse que eu falei, que abriu um quadro psicótico, e esse era um que teve atestado por um bom tempo [...]. Teve um que eu atendi, eu lembro muito, um rapaz jovem... que ficava muito mal... atendi algumas vezes ele individualmente... ele ficava muito mal, começou abrir uma psicose bem intensa no primeiro trabalho dele [...]. (A., psicóloga).

A. (psicóloga) desenvolveu elementos de um caso que cuidou no período em que esteve no CAPS de Mauá no qual o usuário apresentou um quadro psicótico de persecutoriedade com relação aos seus colegas de trabalho, ao ponto de ir armado para atacar um colega e quase matá-lo. A entrevistada construiu uma hipótese para esse comportamento, que está relacionado ao fato de o pai do usuário ter uma representação sindical no local de trabalho, o que, segundo ela, causava uma antipatia dos outros trabalhadores. Além disso, ela fez referência à categoria profissional e local de trabalho do usuário, o que sugere que este elemento é importante para a

compreensão do caso, no sentido das relações que se estabelecem entre os trabalhadores do local.

[...] Ele trabalhava ... acho que alguma coisa metalúrgica, de fábrica. O pai dele trabalhava no mesmo lugar e tinha uma questão de política muito importante. Então, o pai dele era do Sindicato... e daí tinham algumas pessoas que não eram muito amigáveis ao pai... ele entrou, trabalhou um tempo... e daí teve um desentendimento com um colega, e começou a achar que esse colega começou a perseguir ele... até que um dia que ele foi pra o trabalho com um martelo pra atacar o colega e partiu pra cima, quase matou o colega, tudo isso... a partir disso, ele foi afastado, sem menor condições... ele até gostaria de voltar a trabalhar, mas ele começou a não dormir, só dormia no quarto da mãe, acordava milhões de vezes à noite, começou a ver o cara, começou a achar que... a situação de perseguição começou a invadir a vida dele... então o tempo todo o cara tava lá pra pegar ele, ou os colegas do cara... era todo um conluio, sempre para encontrá-lo e, enfim, bater nele, se vingar dele, matar, tudo isso (A., psicóloga).

A. (psicóloga) também falou das ações que fez, enquanto referência terapêutica, procurando inserir o usuário em atividades coletivas estruturadas do serviço e para conviver com ele em momentos nos quais a psicopatologia não é o elemento estruturante da atividade. Avaliou essas tentativas e quais as dificuldades que o usuário tinha em participar delas; avaliou também os limites e possibilidades do PTS proposto a ele.

Eu tentei inserir ele em algumas oficinas, mas ele tinha essa questão da paranoia... então pra ele era muito difícil sair de casa, ele vinha quando era uma questão médica, ele vinha, quase sempre, nos atendimentos individuais, mas futebol, que eu tentei com que ele fizesse parte, e o grupo... esse então eu já sabia que provavelmente não ia dar certo, mas eu convidei porque eu era coordenadora, e quando você é coordenador você fica mais por perto... eu geralmente tendo a colocar várias pessoas no grupo sociocultural, que era um grupo de caminhada pela cidade, esse eu já tinha oferecido e sabia que ele não ia aceitar... agora, o de futebol eu achei que ele pudesse vir, mas não conseguia, não conseguia sair de casa pra isso; a vida dele virou ficar no quarto... e ele precisava da mãe pra fazer xixi, inclusive... tamanho era o medo... e mesmo pra atendê-lo ele tava sempre olhando pra porta, suando frio... era um caso bem intenso. (A., psicóloga)

Ela fez o processo institucional para se tornar referência técnica desse usuário. Ela identificou na primeira entrevista que as questões do histórico familiar poderiam contribuir para a emergência dos sintomas psicopatológicos. Avaliou, também, que casos já cristalizados, no quais os elementos para sua

compreensão estão dados, e que não são revistos, podem revelar outros elementos que compõem a compreensão da psicopatologia e do sujeito.

Como era um caso muito recente, eu não acho que fui eu que fiz a triagem, mas peguei a primeira entrevista... no CAPS tinha esse esquema: primeira entrevista com alguém do território. Como era um caso muito recente... e isso que eu adoro de casos não cristalizados... você tá muito perto do conteúdo traumático, se fala muito abertamente disso. Na verdade, ele ia cada vez mais se distanciando com o tempo, ia ficando muito mais em torno do sintoma... que o sintoma ia crescendo, ainda, bem grande... mas conseguia, sim, falar, falava da relação dele com a chefia... é que eu também queria investigar bastante a relação familiar dele" (A., Psicóloga).

[...] aparecia bem mais a questão do trabalho, eu acho. Mas, como era uma família inteira de CAPS, a mãe dele também era de CAPS, acho que tinha algo também a ser explorado nessa questão (A., psicóloga).

A. ainda relacionou sua compreensão da influência das questões familiares com o debate de influências hereditárias. Nesse caso, a influência foi, a partir do referencial clínico, a psicanálise, sobre as possibilidades de recuperação de um trauma e a possibilidade de autonomia do usuário, já que ele foi descrito como muito ligado à mãe e necessitando da ajuda dela para fazer atividades de autocuidado e higiene. Não só hereditária, mas de funcionamento de família... um: na psicanálise, isso é extremamente importante... não que eu fique só como funciona sua família, mamãe, papai, traumas, Édipo... mas eu acho que tinha uma questão ali a ser explorada mais, e que eu ainda acho que tem que ser, mesmo porque é uma fragilidade tamanha pra se quebrar, quebrou feio... o funcionamento [...] (A., psicóloga)".
(Ribeiro, 2021 p. 57- 59)

Nesse relato chama a atenção a falta de entrosamento da equipe, as decisões parecem ser tomadas individualmente e sem consideração por um projeto terapêutico. Há índices da solidão do profissional e do uso da disponibilidade como critério de formulação do PTS. Ainda o uso recursivo das noções de fragilidade e vulnerabilidade parece refletir o estado de desamparo da profissional.

Quando Ribeiro, ao analisar o caso, diz que a profissional se serve dos elementos de construção de uma clínica psiquiátrica como o diagnóstico psiquiátrico e o histórico familiar do sofrimento psíquico, acho que ele deixa de considerar elementos importantes: paranoia não é exatamente um diagnóstico psiquiátrico, é um termo histórico que transita em diferentes abordagens, sendo utilizado de maneira

muito mais vulgar para definir uma apresentação focada em um discurso delirante com características persecutórias.

A referência terapêutica é um dispositivo que foi inicialmente pensado como uma função intermediária. Numa equipe composta por vários profissionais, é possível que as condutas e discursos se desarticulem, já que muitas propostas são feitas ao usuário a cada encontro com os diversos profissionais. Ainda as tomadas de decisão e ajuste do PTS são organizadas em dias diferentes. Inicialmente a figura da referência foi convocada para assumir uma dupla função: por um lado ela se situava ao lado do usuário, num intuito de centralizar os acordos e diminuir a complexidade da instituição para o usuário. Por outro lado, a função de referência nas reuniões de equipe deveria organizar o debate sobre o PTS reunindo informações e acompanhando o desenvolvimento do usuário. Muitas vezes, esse trabalho não acontece e a referência acaba sendo percebida como sobrecarga, pois passa a ser quem recolhe as reclamações do usuário e da equipe.

No caso citado, A. parece buscar uma inserção na grade de atividades do serviço. Parece pensar que o convívio somente pode ocorrer com a estabilização dos sintomas. Assim, quando sintomático, não há espaço para estadia no serviço. Há uma lógica de separação entre o tratamento dos sintomas e o processo de reabilitação, que somente pode ocorrer com a estabilização daqueles.

Se o serviço se propõe a lidar com as questões psicopatológicas, penso que sua inclusão e formulação de PTS deveria partir de sua condição presente, aproximando-se do sujeito, acolhendo seus modos de expressão e entendendo possibilidades alternativas de conduta e experiência.

A menção a casos cristalizados, nos quais a compreensão já está definida (e também a proposta do PTS já é definida anteriormente, pois já é estabelecida em uma lógica consuetudinária), é significativa, já que aponta para um processo das equipes que deveriam construir as hipóteses clínicas do zero. Valer-se de informações anteriores, mas sempre admitir a possibilidade de algo que não apareceu, não foi visto ou fora negligenciado em avaliações anteriores.

Outra questão importante é que a noção de trauma parece definir tanto a compreensão clínica como também os caminhos de cuidado elegíveis.

Precisaríamos pensar que essa maneira de apresentação da questão clínica articula uma situação de grande pressão, um momento de desencadeamento e um tempo de consolidação do sintoma. Queria adicionar duas reflexões para esse

modelo: primeiro, levar em questão os processos do desencadeamento (o que é muito importante) pode conduzir a uma lógica de tentar reverter, anular ou compensar os elementos presentes no desencadeamento como a questão do trabalho. A análise da formação delirante como sendo análoga e coextensiva à vivência do pai sindicalista parece cair na armadilha de explicar a formação psicótica como expressão enigmática da realidade a que o sujeito fora exposto. Segundo, separa a leitura da história clínica das proposições do serviço para o ajustamento a um convívio compensatório e protegido, onde os fatores críticos do desencadeamento são desviados.

10.1.4 cena 4

“No segundo relato, R. (psicóloga) disse ter um caso no qual ela percebia elementos de que recordava na ocasião da entrevista, de adoecimento psíquico relacionado ao trabalho. Ela fez uma breve descrição do caso identificando o sexo, idade, questões familiares (filhos), local e relações de trabalho e os sintomas relatados pela usuária. Ela relatou ter articulado o atendimento com o médico que era responsável por outro território que não o da residência da usuária. Também considerou que ele poderia ajudar na licença médica e que isso seria importante para que a usuária não permanecesse sendo atendida no CAPS, já que esse cuida de casos moderados e graves, e que o caso dela poderia ser atendida em outro serviço da rede municipal. Eu não lembro exatamente... vou tentar explicar o que eu lembro. Era uma mulher que tinha a minha idade, e me marcou muito por conta disso. Ela tinha a minha idade e já tinha dois filhos na época. Sei lá, eu tinha 30, ela tinha 29 para 30 e tinha dois filhos, e trabalhava numa empresa que... tipo a Sadia, Perdigão, sabe?... Então, tinha a parte do frigorífico, tinha a parte do empacotamento, tinha várias partes assim, vários setores. E ela não tava sentindo bem em um setor, e ela pediu para ser transferida e a gerente dela não transferiu ela... a gente afastou ela... eu lembro que quem atendeu ela, inclusive, não era os médicos do [...] território [que eu era responsável], era o José [nome fictício] ... que era um médico de um outro território. Mas, eu só passei com José [nome fictício] porque eu sabia que [...] ia entender o que eu tava querendo dizer: que ela precisava de um afastamento, mas que essa menina era um pé pra fora do CAPS (R., psicóloga). R. (psicóloga) também relata que a indicação de tratamento no CAPS se deu por conta de indicação de sintomas de "estresse pós-traumático", "ansiedade generalizada" e "pânico", tendo crises todos os dias no trabalho. Diante desse cenário, houve uma articulação, com momentos de tensionamento da profissional com o serviço de saúde do trabalhador na empresa em que o usuário trabalhava, possivelmente com o médico do trabalho, o que resultou na mudança de posto de trabalho da usuária. A entrevistada compreendia que as condições de trabalho da usuária eram bastante precárias. Por que é que ela chegou num CAPS? Porque ela veio com CID de estresse pós-traumático, e na verdade ela não, não era um estresse pós-traumático, ela tava sofrendo de um pânico, né? De uma ansiedade generalizada e com pânico... e ela ela tava tendo crise todas as vezes no trabalho... então era um sofrimento gerado pelo trabalho... ela já tinha pedido para ser transferida e ninguém transferia ela... e a gente tava tensionando com o trabalho para que ele transferisse ela de setor... eles não

transferiram. E, aí, a gente já chegou a marcar uma conversa com trabalho, e, aí, acabou não, acabou não rolando, não lembro por que motivos... depois que ela aí depois ela conseguiu ser transferida de setor, ela foi para outro setor que não era o frigorífico, eu não lembro se era de empacotamento, não lembro qual que era... e os sintomas permaneciam... e a gente foi vendo aqui na verdade essa mulher... não aguentava mais trabalhar. Essa é que era real, assim, ela tava muito cansada... então as condições de trabalho eram péssimas, mesmo em outro setor, e os problemas continuavam (R., psicóloga). R. (psicóloga), ao mesmo tempo, também fez psicoterapia com a usuária, enquanto articulou a mudança de setor da mesma, por entender que o sofrimento psíquico da usuária estava claramente relacionado às relações de trabalho e à insatisfação em suas atividades. Entendia que o caso não era para ser cuidado no CAPS e sim na UBS, só que as tentativas de encaminhar para seguir em psicoterapia na UBS não deram certo, e ela entendeu que há "um furo na rede". E fiquei atendendo ela em psicoterapia durante um tempo... e... ah bom, sim... quando ela foi transferida, a gente deu alta para ela porque ela já tava melhor dos sintomas, a gente tava desmamando a medicação, e tal... depois ela volta, e ela é reacolhida pelo serviço porque os sintomas não diminuíram, mesmo depois [de] ela ser realocada em outro setor... claramente ela não era um caso de CAPS, ela era um caso de UBS, mas a gente não tinha uma UBS que bancasse atender, daquele jeito... ela apresentando esses sintomas no trabalho. Então me lembrei desse caso, assim... porque é um caso... que é um furo da rede porque a atenção básica não faz psicoterapia também... seria um caso para talvez NASF... a gente não tinha NASF [Núcleo e Apoio à Saúde da Família] nesse território... e, é um caso que marca porque, assim,... é, exatamente, o problema do trabalho, mesmo, assim, não tava somente no setor... é, tipo... a menina trabalhava 40 horas num trabalho super mecânico... chegava em casa, tinha que fazer comida, mil coisas para os filhos e o marido... não tinha tempo para nada... tava numa cidade onde ela desconhecia... porque ela vinha do interior da Bahia... e, isso, ela tava cansada! Ela não aguentava mais! Na verdade, ela queria um afastamento eterno... e ela não tava trabalhando com [o] que ela curtia... (R., psicóloga). Apesar de não conseguir encaminhar a usuária para atendimento psicoterápico na Atenção Básica, R. conseguiu articular a participação dela nos grupos oferecidos na UBS próxima à residência da usuária que continuou a fazer psicoterapia no CAPS. Esse compartilhamento possibilitou a retirada das medicações e a construção de que a usuária deveria buscar um trabalho que estivesse alinhado com seu "desejo". [...] ela foi para o grupo de caminhada da atenção básica, na época o PTS dela foi esse. Ela ia para atenção básica, para o grupo de caminhada e para o grupo de yoga. Então ela fazia yoga e caminhada na atenção básica e vinha no CAPS

só para ter acompanhamento terapêutico e passar no médico. Depois a gente foi desmamando... quando eu saí de lá, ela já tinha desmamado da medicação e já tinha desmamado do atendimento psicológico, que foi muito rápido, também... é um caso que não tem muito jeito... a conclusão que a gente teve foi assim: [M] "você precisa mudar de trabalho... você precisa mudar de empresa... você tem sete anos nesse lugar... você não se reconhece mais aqui, chega! É isso. Quais habilidades...? Você tem que mudar de função. Quais habilidades você tem? Ou, o que, que, você curte fazer?" [Usuária:] "Ah, eu queria fazer cozinha..." [R.:] "bom, então vamos pensar que lugar você pode estar lotada para fazer cozinha para um tempo". Então esse era o trabalho com ela, assim... identificar onde tava o desejo e alinhar o trabalho com o desejo (R., psicóloga). Em seu relato, Roberta articulou com outros serviços, tanto da atenção básica, como do trabalho do usuário, buscando os potenciais, reconhecendo também suas fraquezas e as de cada um dos profissionais envolvidos e das possibilidades ofertadas pelos serviços". (Ribeiro, 2021, p.59-61)

Nesse caso, o primeiro elemento de destaque está ligado ao fato de que a paciente, embora em sofrimento psíquico, não se ajustava às exigências de admissão no serviço CAPS. Todo o trabalho é costurado com uma ideia de fora, articular com o médico fora do território, pois a ação tem uma perspectiva de um tempo limitado de intervenção.

Há uma dificuldade de situar o diagnóstico do caso e o sofrimento parece se antecipar a essa exigência. A profissional compreende que é preciso interpelar a empresa e interceder no campo do trabalho em favor da usuária. De fato, mediações como essa são comuns, mas ressalto que a questão em foco está também relacionada ao serviço que não pode acolher, pois a condição do usuário está fora de sua alçada.

Ao não ser cuidada no CAPS, articula-se a existência de um furo na rede (rede da qual o CAPS faz parte), um furo que impossibilita a malhagem da rede, a oferta de uma condição de continência suficiente para a elaboração daquele mal-estar.

Outro termo bastante interessante é a noção de desmame. Comumente utilizada para definir o manejo de retirada de medicações com o potencial para criar dependência e, também, para os problemas de desenvolvimento de tolerância, no caso ele se liga à dependência emocional: a demanda que, inscrita no campo transfero-contratransferencial, exige um posicionamento e sustentação do cuidado e acaba convertendo-se em sentimento de culpa e impotência da rede. A usuária deve

desmamar da psicoterapia, da medicação. Nas palavras da profissional, “É um caso que não tem muito jeito...”, é um caso que aponta as fronteiras do cuidado.

10.2 EIXOS DE ANÁLISE

10.2.1 Primeiro eixo: relações de equipe e articulações que organizam a rotina, a tomada de decisões

Existe um elemento comum em todas essas descrições: os relatos raramente põem em destaque articulação com outros profissionais para a tomada de decisões e a formulação de estratégias de enfrentamento. Nos dois primeiros casos, as reuniões são pano de fundo, estão supostas, mas é como se a ação cotidiana se desenvolvesse em outro lugar. Ao invés de suporte, encontramos menções de rivalidade, desautorização ou apenas de práticas solitárias sem articulação ao conjunto de propostas formadoras do serviço.

A questão da emergência é aludida como o que brota, o que demanda. É o que move a organização do serviço e, ao mesmo tempo, desloca qualquer planejamento, que poderia estar articulado ao crescimento da instituição e consolidação de seu modelo de trabalho.

Essa “temporalidade”, a inscrição de uma medida para já, que convoca a equipe a “apagar o fogo”, também coloca em questão as relações intersubjetivas. O que, por sua vez, aponta para a dimensão das alianças inconscientes. Com quem podemos contar, quem está ao nosso lado, são configurações de um vínculo que se vê ameaçado pela dissolução. Nas palavras do relato, “com quem tenho boa relação, o que facilita a tomada de decisão e de posicionamento em relação às demandas trazidas pelos profissionais da unidade básica de saúde”.

As boas relações favorecem tomadas de decisão mais alinhadas ao posicionamento e ao estabelecimento de garantias ao outro. Aumentar a presença na região como suporte fantasmático a esse abandono, esse outro lado de lá que se situa na linha de frente. Quem tem de dar conta da insuficiência do sistema são os serviços por meio da oferta de suas disponibilidades, um jogo em que as alianças entre serviços subsumem as próprias rotinas e práticas que definem os objetivos da instituição.

Um segundo ponto a mencionar é a referência à classe médica, que se ausenta, evade, não escuta – trai, portanto, o pacto do grupo. Eles são outros, seguem agendas que não incluem os demais integrantes da equipe. Escuta-se o furo da UBS que, por

sua vez, reflete o furo e vacância do próprio CAPS. As promessas de acolhida e cobertura parecem servir como acordos fantasmáticos que buscam cumprir uma função de sutura da imagem de unidade ameaçada.

Os furos, que nesses casos são representados tanto pela saída do médico da UBS quanto pelas questões de divisão do trabalho na população-alvo, ameaçam a integridade do ideal de transformação representado pelo modelo CAPS.

Dentre as hipóteses que podem ser destacadas podemos aludir à negatividade relativa, figura desenvolvida por Kaës para expressar as vicissitudes do vínculo.

“A negatividade relativa se constitui sobre a base daquilo que permaneceu em sofrimento na constituição de continentes e conteúdos psíquicos. Ela sustenta um campo do possível. Na negatividade relativa, a positividade se manifesta como perspectiva organizadora de um projeto ou de uma origem: alguma coisa foi e não é mais; ou não foi e poderia ser; ou ainda, aquilo que tendo sido não o foi suficientemente, por excesso ou por falta (*défault*) as poderia ser de outro modo. A negatividade relativa sustenta o espaço potencial da realidade psíquica.” (Kaës, 2003, p.25)

Penso que a menção ao furo na unidade, ou mesmo a vacância da cobertura do CAPS na região podem ser pensadas nesse registro da negatividade relativa, o que impõe uma questão essencial ao desenvolvimento do serviço e ao estado das relações profissionais tanto no CAPS quanto na UBS.

Efetivamente, são as situações-limite que põem à prova os pactos e acordos que definem o funcionamento da equipe.

O segundo relato traz de novo um deslocamento para o território e encontro com um outro serviço, desta vez o Consultório de Rua, tentando articular uma busca ativa de usuário.

A dimensão da surpresa, do susto, indica o plano do encontro e do confronto. Qual o papel que cumprimos? A quem defendemos? Estamos a serviço da paz da comunidade ou do bem-estar do atendido?

Há uma história que antecede essa intervenção que remete a fracassos anteriores, pois M. não fora retirada de seu lugar na rua. A clínica encontra seu limite, a recusa de ser reconhecida como campo de cuidado.

A tensão fica mais definida no momento em que tomamos consciência da decisão prévia de internação.

O princípio de que cada atendido é singular em sua organização psíquica e em sua expressão cai por terra, já que a escuta fica subsidiada à lógica resolutive.

Há um temor que se expressa como crise de validação dos dispositivos decisórios da equipe. Isso sugere uma rigidez da posição dessa equipe, ou pelo menos de sua representação para o autor.

É importante considerar que as defesas são partes do processo natural do desenvolvimento dos grupos, elas são inerentes ao processo de construção de um trabalho.

O término aparentemente bem resolvido organiza-se sob o custo do desejo próprio de M.

“A contenção destas vulnerabilidades subjacentes e a manutenção de uma posição articulada dependem da instauração e da fecundidade de mecanismos metabólicos grupais: a sua capacidade de acolher e transformar os efeitos dissociativos ou confusionais que atravessam os diferentes espaços e corpos institucionais. No entanto, em certas condições, estes mecanismos não podem reprocessar todo o material psíquico projetado, depositado ou projetado no psiquismo dos praticantes, nos sistemas de ligações ou no quadro institucional.” (Nicolle e Kaës, 2009, p. 12)

O terceiro relato discute a leitura de um caso a partir de uma compreensão solitária (ou mesmo de uma representação que exclui as outras intervenções a que o usuário fora submetido) de um caso clínico. Há uma característica de voluntarismo e um engajamento pessoal sobre o caso. As tentativas de incluí-lo nas grades de atividade falham e é preciso um nível maior de comprometimento.

A resposta formulada pela via do referenciamento terapêutico demonstra a necessidade de compensação e o desamparo acusado pela profissional. Há significantes muito interessantes a serem destacados nesse processo: o caso promete um desafio, “isso que eu adoro de casos não cristalizados, você tá muito perto do conteúdo traumático”. Os termos de referência serão *adorar* (como engajamento), *cristalização* (que, por sua vez, aponta o efeito do cuidado do serviço a longo prazo) e *traumático* (aquilo que não se fala, mas se mostra como furo).

O elemento seguinte deságua na relação da família traduzida como uma família “complicada”, “de CAPS”, que não oferecia a continência necessária para o autocuidado. Essa influência rivaliza com a influência do serviço, desencaminha o

usuário. Fica como questão inalcançada, que tinha (não foi) de ser devidamente explorada, “mesmo porque é uma fragilidade tamanha pra se quebrar, quebrou feio... o funcionamento”. Quebrar a fragilidade? Quebrar o suporte? O que ameaça romper-se?

Notamos no último relato uma posição semelhante à dos demais. Os mesmos elementos de compreensão solitária, o mesmo empréstimo de um esforço extraordinário, que se preocupa em construir uma inscrição fora, com um outro que possa receber. O vínculo ao serviço é sentido como perigoso e como algo que poderia redundar numa dependência difícil de romper. A alusão ao processo de desmame parecer apontar para a lógica das toxicomanias e seu objeto cristalizado. Mas desmamar é da relação, também da maternagem, da perpetração para a sentença do encaminhamento.

10.2.2 Segundo eixo: os códigos e nomeações do diagnóstico clínico

Não há menção direta da questão diagnóstica no primeiro relato. Fala-se indiretamente em urgência, em demanda, algo lido como o que excede a capacidade da UBS, o que ameaça.

O que me parece é que a avaliação por caso tentada na reunião final representaria compreender as demandas pela complexidade exigida de um PTS, mas isso esbarra numa lógica distributiva, a do encaminhamento. O que por sua vez também paralisa qualquer solução, pois encontra o obstáculo da mobilidade urbana.

No segundo relato a dimensão diagnóstica se faz mais presente, ela justifica o esforço das equipes na abordagem e também carrega um viés de confirmação sobre a tomada de decisão prévia acerca da internação de M. Os termos *acumuladora* e mesmo *aceleração do humor* parecem estar colocados para argumentar a condição de vulnerabilidade. Sua 'crise' se estende por anos sem interrupção, sem controle. As descrições de Maria são descrições certas, mas apoiadas na anterioridade, nas outras vezes que essa situação convocou as equipes. Transformou-se de um modo de operação em crise contínua.

“A posição ideológica subsiste e se transforma enquanto seus conteúdos se modificam: ela se manifesta, às vezes, sem organização sistemática, mas principalmente sob a forma de núcleos duros e de fragmentos isolados que, em certo momento, se reúnem em novos sistemas ideológicos. Ou seja, a ideologia não se define unicamente por seu conteúdo, mas também por uma posição mental específica e recorrente.

A ideologia, como posição psíquica e coletiva, nunca morre. A posição ideológica se forma cada vez que o espaço psíquico de um sujeito, de um grupo ou de uma instituição é ameaçado em seus fundamentos, em seu conjunto de certezas, em suas crenças e nas representações da causalidade impostas pela visão/concepção de mundo que a justifica”. (Kaës, 2016, p.208)

O terceiro caso traz muitas referências à dimensão diagnóstica. Começa por uma descrição da crise, com sua passagem ao ato, para organização de atividades em que “a psicopatologia não é o elemento estruturante”. Entendo que na busca de

um contorno há um receio com o que pode ser desencadeado dentro do campo como algo inadmissível.

Também chama a atenção o fato de se traduzir a condição persecutória e regredida por uma hipótese de evento traumático. A pesquisa da hipótese clínica toma a frente no trabalho, justifica o engajamento, mas não produz agenciamentos no sentido de um PTS.

O diagnóstico no último relato é insuficiente, não é grave o bastante para justificar o registro e admissão do caso. Há todo um trabalho que se faz pela borda do serviço, escapando aos registros, aos dispositivos próprios de intervenção. Estresse pós-traumático e pânico são referência de um mal-estar subconsiderado. A indeterminação diagnóstica também é prova disso. O manejo terapêutico propriamente dito é por fim realizado na UBS, sobrando ao CAPS o grupo de yoga, que perdura por anos.

“A conclusão que a gente teve foi assim: [M] "você precisa mudar de trabalho... você precisa mudar de empresa... você tem sete anos nesse lugar... você não se reconhece mais aqui, chega! É isso. Quais habilidades...? Você tem que mudar de função. Quais habilidades você tem? Ou, o que, que, você curte fazer?" [Usuária:] "Ah, eu queria fazer cozinha..." [R.:] "bom, então vamos pensar que lugar você pode estar lotada para fazer cozinha para um tempo". Então esse era o trabalho com ela, assim... identificar onde tava o desejo e alinhar o trabalho com o desejo”. O ponto de basta denuncia o cansaço, uma circulação a mais que precisa ser limitada.

10.2.3 Terceiro eixo: os efeitos de sofrimento na equipe, como também o que permanece encriptado das questões clínicas dos usuários dos serviços.

No primeiro relato, a representação do sofrimento na equipe vai surgir na figura do furo, da fissura gerada pela falha na cobertura, na desistência da equipe, no excesso de queixas dos múltiplos serviços, no apelo à segurança daqueles com quem mantenho boa relação.

A resposta melancólica exprime-se da conversão da urgência que modaliza a reunião em uma postergação, um 'até a próxima reunião' que se esforçará para produzir um fechamento.

No segundo relato, a representação do mal-estar anuncia-se na resistência expressa por M., força a equipe a encontrar-se no plano da imposição. Coloca em xeque os princípios defendidos pelos serviços e se manifesta a rigidez de ter de atender ao combinado na reunião prévia sem devidamente escutar M. A voz de M. é conflito.

O uso da racionalidade diagnóstica definindo a condição de vulnerabilidade que autoriza previamente medidas invasivas de intervenção também oferece um apoio e apaziguamento dos sentimentos de culpa. É preciso convencer-se das virtudes da capacidade laborativa de M. (as saborosas coxinhas) para garantir o alívio da tensão sobre a estrutura vincular da equipe.

Quanto ao terceiro relato, paira a dimensão do silêncio sobre os processos coletivos. O que o caso representa demanda algo que excede a oferta do serviço, algo novo, algo que fica silenciado, não suficientemente pesquisado. Apenas formulado como hipótese, mas não suficientemente convertido em plano de ação.

No último relato a principal preocupação é sobre a convergência da demanda a uma relação impossível de ser cortada, que tende a se estender indefinidamente. Resulta dos limites impostos pelo serviço para a admissão, mas também de um movimento de esgotamento do potencial de investimento no usuário.

Já havia me deparado com uma situação semelhante em outra pesquisa realizada no CAPS Itapeva em colaboração com Paula Furlan. Nesta identificamos um cansaço da equipe e uma tendência a atribuir ao usuário um comodismo que limitava a potência do projeto de tratamento.

“Do que é elaborado no arquivo pela equipe no contato com o usuário, há ênfase em aspectos que revelam o usuário em seu negativo, nas suas faltas patentes neste encontro, atestando sua situação de risco e carência. Há aí uma dupla construção pela equipe, em que a pessoa tratada pela saúde mental é tomada desde o contato inicial como desvalida, de modo que as falas levantadas nos prontuários ratificam esse entendimento estanque e com poucas aberturas para que intervenções sejam pensadas. Entende-se que a atenção redobrada ao que falta ao usuário como problema a ser resolvido gera um quadro de impossibilidade de trabalho. O movimento da equipe é então de apostar que possibilidades prodigiosas de trabalho poderão ser formuladas com uma nova proposta de PTS. Daí se retoma a concepção de que a equipe opera o PTS como solução final ao usuário, de modo que este projeto é apresentado novamente ao usuário como acabado em si mesmo. (Fadden e Furlan, 2015 p,60)

Em síntese, notamos que a lida com a questão da saúde mental impõe vários desafios. E, por muitos motivos, o modelo CAPS saiu do centro da perspectiva de enfrentamento da questão da saúde mental e se viu submetido às intempéries do planejamento das políticas públicas e tempestades no plano da gestão da saúde no Brasil recente.

Isso posto, precisamos identificar que há um eixo que derrapa e não tem constituído avanços significativos, a saber, da integração do trabalho num modelo de interdisciplinaridade. As relações internas da equipe são representadas como ameaçadoras, desorganizantes e adoecedoras.

Kaës, em suas análises dos processos psíquicos nos grupos, traz contribuições significativas que ainda estão por ser integradas à dimensão da avaliação e planejamento de ações dos serviços de saúde.

“A realidade psíquica do grupo e o processo grupal são organizados por um esquema organizador inconsciente, cuja fórmula é a fantasia: "Um pai ameaça/representa uma criança". Este organizador mantém as identificações e a ligação entre todos os sujeitos do grupo: é a representação real de um acontecimento traumático "marcante", sem dúvida primordial, fora do tempo, do pensamento e da fala, inacessível a cada membro diretamente.

Este organizador da fantasia corresponde ao que eu chamo um grupo interno: a sua estrutura define as posições correlativas, complementares e reversíveis do sujeito, do objeto e da ação.

A sua fórmula genérica é a de uma frase gramatical: sujeito-verbo-complemento. O sujeito (pai) e o complemento (filho) podem permutar-se, e o verbo pode ser ativo ou passivo (ameaçar/ser ameaçado). Este grupo interno funciona como um esquema organizador da maneira como as psiques do grupo são combinadas ou reunidas, como uma estrutura de atração e de localizações psíquicas. A fórmula do organizador principal deste grupo pode ser desenvolvida em vinte afirmações teoricamente possíveis. Alguns enunciados não são atualizados no grupo; outros são atualizados para vários sujeitos ao mesmo tempo ou em momentos diferentes; vários enunciados podem ser atualizados em sucessão para um mesmo sujeito.

A fantasia funciona como um esquema organizador da combinação das psiques (ou da forma como as psiques se ajustam umas às outras) no grupo. Cada membro do grupo participa neste organizador de acordo com a versão particular da sua fantasia pessoal". (Kaës,2018 p.88))

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso pensar a ideia do atrito, a relação entre as equipes não pode ser pensada como um campo sem atrito. A ideia é que algum grau de tensão precisa ser admitido. É importante para que a relação se desenvolva e absorva em toda a sua extensão a complexidade e a alteridade da demanda do usuário. Nesse sentido é preciso pensar que a lida, dentro do campo institucional, não deve ser a perseguição de uma espécie de tensão zero, de uma situação completamente equilibrada, mas precisaria ser um espaço onde o florescimento e aparecimento das tensões pudessem criar um registro de simbolização, de discussão e debate e a possibilidade de pensar o que advém da tensão.

Meu objetivo é o de levantar questões que promovam uma reflexão contínua dos serviços. Trata-se de evidenciar que a dimensão do incompleto, do desafio que representa esse trabalho, possa se inscrever no debate público.

Em tempos de uma administração imperativa recorro a uma ideia tomada de empréstimo de Spivak, que aponta a necessidade de abraçar o fracasso. Colocar-se a aprender com o erro, reivindicar o direito de errar. Em sua conferência de apresentação da tradução de Gramatologia, Spivak refere que na Índia as instituições gozam de permanência: assentadas sobre a tradição específica daquele país, compreende-se que a ação deve incluir a dimensão do erro. Isso promoveria um acúmulo de conhecimento e a transmissão da capacidade de pensar o cuidado.

Com isso em mente, podemos pensar que a avaliação dos serviços deve colocar-se em alinhamento com essas premissas. Modelos de gestão neoliberais, que se orientam por indicadores concebidos por quem não vive os desafios do trabalho ou mesmo não os pensa, acabam por redundar numa sensação de fracasso ou de trabalho interminável, um verdadeiro destino de Sísifo. Enxugar o gelo eternamente, para usar uma expressão bastante ouvida nos corredores dos serviços.

Isso não significa abrir mão dos indicadores, mas inseri-los em uma luta e com a compreensão de que há ainda algo por fazer, algo a aprender com os usuários, com as situações-limite dos serviços.

Os grupos ainda apontam a melhor aposta em um dispositivo de intervenção que abre as portas para novas reflexões acerca da ação em saúde mental e a defesa de um campo tão importante na recente história brasileira.

Gostaria de encerrar o texto com uma imagem: em música, especialmente na discussão de harmonia, existe um padrão de acorde que é muitas vezes evitado pelo seu grau de dissonância. Trata-se do acorde maior com sexta menor. Um acorde que é formado pela proximidade entre a quinta e a sexta por uma diferença de apenas meio tom, conferindo sua característica particular. Pois bem, Guinga, famoso compositor brasileiro desenvolveu, ou mesmo adaptou uma forma de incluir essa tensão e permitiu a emergência e apresentação da tensão evitada. Faz um movimento melódico de quinta para sexta enquanto todo o resto ressoa. A tensão é recolhida num contexto que permite explorá-la e dirigir um movimento em busca de novas searas musicais.

Precisamente o grupo pode se apresentar como um dispositivo que inclui a dimensão da tensão e a movimentação. De acordo com Kaës, o grupo pode atuar como um mecanismo para transformar o trauma, através do trabalho inconsciente de combinação ou montagem das psiques. Isso constrói o espaço psíquico do grupo e organiza as conexões entre seus membros. Processos e formações psíquicas originais são ativados, incluindo, desde os primeiros momentos da vida do grupo, a repressão, a negação, a rejeição ou a divisão de representações perigosas. A atividade psíquica da intersubjetividade fornece as chaves para entender os efeitos da interação entre sujeitos. Essas dimensões assumem importância crucial no trabalho de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. II (1-2), 1997.

AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Editora FIOCRUZ, 1996. <https://books.scielo.org/id/prmpv>.

AMARANTE, P, e NUNES, M. O. “A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios”. **Ciência & Saúde Coletiva** 23 (junho de 2018): 2067–74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

BAHRI, D. “Feminismo e/no pós-colonialismo”. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 659-688, nov. 2013

BENGHOZI, P. Souffrance et attaque de la métagarance dans les familles, les institutions, le lien social. Congres International AIPCF 2020. (não publicado)

BONELLI, F, FERNANDES, A.S.A., COÊLHO, D.B., e PALMEIRA, J. S. “A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida”. **Cadernos EBAPE.BR** 17 (9 de dezembro de 2019): 800–816. <https://doi.org/10.1590/1679-395177561>.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.219-230. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

CARMO, M.E. e GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 3 [Acessado 25 janeiro 2021], e00101417. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>>. Epub 26 Mar 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. A trajetória das políticas de saúde mental no brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019). III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – 13 a 14 de novembro de 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/202550>.

CASTANHO, P. “Sobre o conceito de intertransferência (ou a contribuição de René Kaës para a problemática da contratransferência no trabalho em equipe)”. **Jornal de Psicanálise** 48, no 88 (dezembro de 2015): 111–20.

CASTANHO, P. “O conceito de alianças inconscientes como fundamento ao trabalho vincular em psicanálise”. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia** 6, no 2 (31 de dezembro de 2015): 92. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n2p92>.

CASTANHO, P. e FERNANDES, M.I.A. “Alguns aspectos metapsicológicos da diversidade lingüística: grupos internos e contratos narcísicos”. **Revista da SPAGESP** 6, no 2 (2005): 43–52.

Costa E.S.; Fernandes, M.I.A. AS MARCAS DO RACISMO NAS FAMILIAS E NOS GRUPOS. **Percursos Revista de Psicanálise**, v. 70, p. 27-34, 2023.

CUNHA, Euclides da. "Os Sertões". *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Aguilar, vol. II, 1966.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

DE TILIO, R. "A querela dos direitos": loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v.17, n. 37, p. 195-206, Aug. 2007 .Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200004>.

ESCOREL, S., NEGRI FILHO, A.; CARVALHO, E.F.; Carlos BOTAZZO, MIRANDA, A.S.; SILVA, R.R. e SCOCHI, M.J.. “DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2000-2002)”, [s.d.].

ESCOSSIA, L.; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicol. estud.** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp.295-304. Acesso em 15 Janeiro de 2021.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200017>.

FADDEN, R M. A questão da reabilitação psicossocial: uma investigação sobre os "projetos-trabalho" nas instituições públicas de saúde mental. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. . Acesso em: 27 jul. 2023.

FERNANDES, E.B.; FERNANDES, M.I.A.; ROBERT, P.. O desenlace da ilusão grupal em um grupo de adolescentes. **Vínculo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 24-36, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 nov. 2023

FERNANDES, M.I.A. Negatividade e Vínculo: a mestiçagem como ideologia - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FERNANDES, M.I.A. As Alianças Inconscientes: um operador clínico no trabalho com casais e famílias. IN: PENACHI, R. e THORSTERSEN, S. *Psicanálise de Casal e Família. Uma Introdução*. São Paulo. Ed. Blucher, 2022.

FERNANDES, M.I.A.. “A subjetividade à luz de uma teoria de grupos”. **Psicologia USP** 5, no 1–2 (1o de janeiro de 1994): 285–96. <https://doi.org/10.1590/S1678-51771994000100018>.

FERNANDES, M.I.A.. “Psicanálise e psicologia social na trajetória da construção de uma técnica: o grupo operativo”. **Bol. psicol**, 1994, 81–87.

FERNANDES, M.I.A., e HUR, D. H. “Psicanálise, grupo e teoria da técnica: conselhos ao jovem coordenador de grupos”. **Psicologia USP** 33 (14 de fevereiro de 2022): e190078. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190078>.

FUSTIER, P.A A infraestrutura imaginária das instituições: a respeito da infância desajustada. In: KAES, R; BLEGER, J., ENRIQUEZ, E., FORNARI, E, FUSTIER, P.A,

ROUSSILLON, R, VIDAL, J- P. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. Sao Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 135-158.

GONÇALVES FILHO, J.M. “Humilhação social - um problema político em psicologia”. **Psicologia USP** 9 (1998): 11–67. <https://doi.org/10.1590/S0103-65641998000200002>.

FURLAN, P.C.M, FADDEN R.M. Equipe frente à recusa do usuário: perspectivas de tratamento CAPS. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade** 6 (1), 51-63., 2016.

FURTADO, D. B. “Do sim e do não: comentários sobre a denegação”. **Reverso** 33, no 61 (junho de 2011): 29–37.

FREUD, S. **Obras Completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos**(1923/1925) / Sigmund Freud; tradução Paulo Cesar de Souza – São Paulo: Companhia da Letras, 2011.

GAILLARD, G. Aparelhagem psíquica, destrutividade e Kulturarbeit in **Revista Percorso** 52 Figuras políticas do mal: limites do humano ano XXVI - junho 2014

GAMA, C. A. P.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. e FERRER A.L. “Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** 17 (março de 2014): 69–84. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.

GARCIA, C. A.; PIRES, C.M. e PENNA, A. “O trabalho do negativo e a transmissão psíquica”. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** 62, no 3 (2010): 68–79.

GOLDBERG, J. I. Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas. 1998. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. . Acesso em: 04 nov. 2023.

GREEN, A. Compulsão à repetição e o princípio de prazer. **Rev. bras.psicanal**, São Paulo , v. 41, n. 4, p. 133-141, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 nov. 2023.

GREEN, A. (1975). The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(1), 1–22.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1999.

HANNS, L. A. *Dicionário Comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1.

HENRI, A.-N. (2013). Le migrant précaire comme objet mésinscrit, **Rhizome, revue de l'Observatoire des pratiques en Santé Mentale et Precarité**, n. 48, juillet 2013. Recuperado de: <http://henri.textes.free.fr/anh/images/stories/documents/txt211.pdf>

HENRI, A.-N. & Grimaud, L. (2013). Objets mésinscrits, sujets mésinscrits – Regards croisés sur la pertinence du concept de mésinscription dans la pratique des ITEP, *EMPAN*, 2013/4 (n.92), pp. 90-95.

HOBSBAWM, E. **Tempos interessantes – Uma vida no século XX**. [trad. S. Duarte] São Paulo, Companhia das Letras, 2002, pp. 311 e 326.

HYPPOLITE, J. Comentário falado sobre a Verneinung. In LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.893-902.

KAËS, R. “A negatividade: problemática geral”. **Psicologia USP** 14, no 1 (1o de janeiro de 2003): 21–36. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000100003>.

KAËS, R. (2004). *A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e partilhada*. Aparecida, SP : Idéias& Letras

KAËS, R. A polifonia do sonho e seus dois umbigos.: Os espaços oníricos comuns e compartilhados. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 4, n. 4, p. 01-14, dez. 2003 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 nov. 2023.

KAËS R. **La invención psicoanalítica de lo grupo**. Buenos Aires, Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 1994.

KAËS R., **L'appareil Psychique Groupal** - 3E EDITION. S.l.: DUNOD, 2010.

KAËS, R., **Linking, Alliances, and Shared Space: Groups and the Psychoanalyst**. *International Psychoanalysis Library*. London: International Psychoanalytic Association, 2007.

KAËS R., **O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo**; São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KAËS, R., **L'Extension de la Psychanalyse. Pour une méthapsychologie de troisième type**, Dunod, 2015.

KAËS R., (org.) **Souffrance et Psychopathologie des Liens Institutionnels**, DUNOD,1996.

KODA, M.Y. e FERNANDES, M.I.A.. “A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial”. **Cadernos de Saúde Pública** 23 (junho de 2007): 1455–61. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>.

LAFRAIA, L.M. Espaço Onírico e trabalho institucional: condições do sonhar compartilhado das equipes em instituições de cuidado. Dissertação de mestrado. SP IPUSP, 2019.

LARA M. M.; CASTANHO, P.; Maria Lívia Tourinho Moretto **Estilos da Clínica**, 2022, V. 27, nº 1, p. 123-133 DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1.p123-133>

LIMA, E. M. F. A. e YASUI, S. “Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial”. **Saúde em Debate** 38, no 102 (2014). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.

LINO, T. O lócus enunciativo do sujeito subalterno: fala e emudecimento. **Anuário de Literatura**. 20. 74. 10.5007/2175-7917.2015v20n1p74, 2015.

LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O. e PEREIRA JUNIOR, A. “A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?” **Revista Latino-Americana de Enfermagem** 14 (junho de 2006): 448–56. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021>.

LIPSKY, M. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

MACEDO, M. M. K., WERLANG, B.S.G. e DOCKHORN, C.N.B.F. “Vorstellung: a questão da representabilidade”. **Psicologia: Ciência e Profissão** 28 (2008): 68–81. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932008000100006>.

MANGUALDE, A. A. S., BOTELHO, C.C.; SOARES, M.R.; COSTA, J.F.; JUNQUEIRA, A.C.M. e VIDAL, C.E.L. “Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial”. **Mental** 10, no 19 (dezembro de 2012): 235–48.

MÁRAI, S. “O veredito em Canudos” Companhia das Letras, São Paulo, 2002

MARTINS, F. A. **O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia: covid-19**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São

Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/D.6.2021.tde-17012022-123526. Acesso em: 2023-11-19.

MCGIBBON, E., e MCPHERSON, C. “Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women’s Health”, **Women's Health and Urban Life**, Vol 10 (1), pg. 59-86. Disponível em: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/27217/1/10.1_mcgibbon_mcpherson.pdf

METZL, J **The protest psychosis : how schizophrenia became a black disease**. Beacon Press books, 2009.

MINOIA N.P., e MINOZZO, F. “Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde”. **Psicologia: Ciência e Profissão** 35 (dezembro de 2015): 1340–49. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>.

MOE, T. M. The new economics of organization. **American Journal of Political Science**, v. 28, n. 4, p. 739-777, 1984

MONCRIEFF, J., COOPER, R.E.; STOCKMANN, T.; AMENDOLA, S.; HENGARTNER, M.P. e HOROWITZ, M.A. “The Serotonin Theory of Depression: A Systematic Umbrella Review of the Evidence”. **Molecular Psychiatry**, 20 de julho de 2022. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>.

MORATO, G. G., e LUSSI, I.A.O. “CONTRIBUIÇÕES DA PERSPECTIVA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A TERAPIA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL”. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional** 26, no 4 (2018): 943–51. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1608>.

MOREIRA LM; CASTANHO, P.; MORETTO M.L.M. **Estilos da Clínica**, 2022, V. 27, nº 1, p. 123-133 DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v27i1.p123-133>

MORIN E. **A inteligência da complexidade**. 2a ed. São Paulo: Petrópolis; 2000.

MORIN E. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina; 2005.

NICOLLE, O, e KAËS, R. **L’institution en héritage**. Dunod, 2009. <https://doi.org/10.3917/dunod.nicol.2009.01>.

OLIVEIRA, R. A. **Relações intersubjetivas e transdisciplinaridade: as equipes profissionais e a implementação de políticas públicas**. 2021. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-12072021-184859/>. Acesso em: 13 abr. 2024.

OLIVEIRA, M.A.F., CESTARI, T.Y., PEREIRA, M.O., PINHO P.H., GONÇALVES, R.M.D.A. e CLARO, H.G.. “Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma

revisão integrativa da literatura”. **Saúde em Debate** 38, nº 101 (2014). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>.

ONOCKO-CAMPOS, R. e Furtado, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai,2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100006&lng=en&nrm=iso>.access on 13 Jan. 2021.Epub Dec 13, 2011.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>.

PATARRA, N.L. International migrations: theories, policies and social movements. **Estud. av.**, São Paulo , v. 20, n. 57, p. 7-24, Aug. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142006000200002>.

PATIAS, N. D., e HOHENDORFF, J.V. “CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA ARTIGOS DE PESQUISA QUALITATIVA”. **Psicologia em Estudo** 24 (21 de novembro de 2019). <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.43536>.

PENNACCHI, R.; THORSTENSEN, S.; FERNANDES, M.I.A.; GOMES, I.C.; RAMOS, M.; WEISSMANN, L.; PAIVA, M. L. C. P. et al. **Psicanálise de casal e família: Uma introdução**. Editora Blucher, 2022.

PINEL, J-P. “Ensinar e educar em instituições especializadas: abordagem clínica dos vínculos de equipe”. **Estudos de Psicologia (Campinas)** 23 (dezembro de 2006): 399–406. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400008>.

PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 2, n. 2, p. 173-182, Feb. 1998 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831998000100010&lng=en&nrm=iso>.access on 26 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000100010>.

PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9. (**Saúde Loucura**, 10)

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 1, p. 94-113, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902010000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Jan. 2021.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100008>.

RIBEIRO, T. N. A construção do Projeto Terapêutico Singular com usuários com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: a perspectiva de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial III adulto. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/T.6.2021.tde-26102021-161408. Acesso em: 2023-11-18.

ROCHA, K. B., e ZANARDO, G.L.P.. “Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avaliação CAPS-P”. **Cadernos de Saúde Pública** 38 (23 de fevereiro de 2022): e00144121.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00144121>.

ROLNIK, S. Novas Figuras do Caos: mutação da subjetividade contemporânea In: SANTAELLA, Lúcia & VIEIRA, Jorge Albuquerque (Org.). Caos e Ordem na Filosofia e nas Ciências. São Paulo: **FACE/FAPESP**, 1999, p. 206-21. [online]
<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/novascaos.pdf> -Acesso em 12 de janeiro de 2021

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., & MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In NICÁCIO, F. (Org.), **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROUSSILLON, R “Espaços e Práticas Institucionais. O Quarto de Despejo e o Interstício” in A **Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.

ROUSSILLON, R. (2014). Le travail de symbolisation. In R. Roussillon (2014). **Le manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie**. Paris : Elsevier Masson. Recuperado de: <https://reneroussillon.files.wordpress.com/2015/04/le-travail-de-symbolisation.pdf>

ROUSSILLON, R. (2015). A função simbolizante do objeto, **Jornal de Psicanálise**, v. 48, n.89, Instituto de Psicanálise Durval Marcondes, Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, dez. 2015.

SANO, H. “NOVA GESTÃO PÚBLICA E ACCOUNTABILITY”: Dissertação (mestrado) FGV, SÃO PAULO, 2003 disponível em <https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/c8f60d0f-93e0-4b1c-bfaf-18c050cbd024/content>

SANTOS, M. A. “A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana”. **Temas em Psicologia** 2, no 2 (agosto de 1994): 13–27.

SARACENO B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SCARCELLI, I. R. “O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1992”. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. <https://doi.org/10.11606/D.47.1998.tde-03112005-221529>.

SCARCELLI, I. R. “Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde”. Tese de livre docência em Psicologia Social, Universidade de São Paulo, 2019. <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-01072019-152745>.

SCHIECK, C. R. Narrativas (d)e cuidado em saúde mental: por uma clínica política. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12012022-165108/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

SEGRE, M., e FERRAZ, F.C. “O conceito de saúde”. *Revista de Saúde Pública* 31 (outubro de 1997): 538–42. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

SEVERO, SB e SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva IN **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (Supl. 1): 1685-1698:2010.

SILVA, E. A., e COSTA, I.I. “O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 13 (dezembro de 2010): 635–47. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>.

SILVA JUNIOR, N., e ZANGARI, W. **A psicologia social e a questão do hífen**. Editora Edgard Blucher, 2017. <https://doi.org/10.5151/9788580392357>.

SILVA, L. M. V. E FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>.

SILVEIRA, F., FERNANDES M.I.A., e GAILLARD, G. “CONTRIBUIÇÕES DE RENÉ KAËS PARA A EPISTEMOLOGIA DA PSICANÁLISE”. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* 23 (24 de janeiro de 2020): 39–48. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001005>.

SPIVAK, G. C. - **Pode o Subalterno Falar?** Belo Horizonte : ed. UFMG 2010.

SPOSATI, A., e LOBO, E. “Controle social e políticas de saúde”. *Cadernos de Saúde Pública* 8 (dezembro de 1992): 366–78.

STEPHANOU, M. “TEMPOS INTERESSANTES, TEMPOS DE AUTORITARISMOS E OBSCURIDADES?” **História da Educação** 21 (agosto de 2017): 1–4. <https://doi.org/10.1590/2236-3459/73198>.

TAQUETTE, S. R. “Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids”. **Saúde e Sociedade** 19 (dezembro de 2010): 51–62. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600006>.

TEIXEIRA, R. “Humanização e Atenção Primária à Saúde”. *Ciência & Saúde Coletiva* 10 (setembro de 2005): 585–97. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300016>.

TEIXEIRA, R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.27-43, 2015.

VENTURA, C.A.A. “Saúde mental e vulnerabilidade: desafios e potencialidades na utilização do referencial dos direitos humanos”. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas** 13, no 4 (2017): 174–75. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p174-175>. [S.d.].

World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICDH-2. Geneva: WHO; 2001.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2006. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **ABNT NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.