UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARINA CHANSKY COHEN

Escutando o Matriciamento.

Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS?

São Paulo
2018

MARINA CHANSKY COHEN

Escutando o Matriciamento.

Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS?

Versão Original

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Pablo de Carvalho Godoy Castanho

São Paulo

2018

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)

Cohen, Marina Chansky

Escutando o matriciamento: Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS? /
Marina Chansky Cohen; orientador Pablo de Carvalho Godoy Castanho. -- São Paulo, 2018.

115 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia,
Universidade de São Paulo, 2018.

1. Clínica Ampliada. 2. Apoio Matricial. 3. Grupos. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Atenção Primária à Saúde. I.
Castanho, Pablo de Carvalho Godoy, orient. II. Título.

Nome: COHEN, Marina Chansky

Título: Escutando o matriciamento: Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS?

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Profa. Dra. _____

Instituição _____

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

A realização e conclusão desse trabalho não seriam possíveis sem a contribuição de diversas pessoas, grupos e instituições que deram sustentação o a esse projeto.

Agradeço ao meu orientação Prof. Dr. Pablo Castanho pelo imenso aprendizado e por sua orientação atenta, rigorosa, implicada e também reservada quando necessário. Agradeço também pela oportunidade e honra de ser sua primeira orientanda de mestrado ao lado da parceira Cecília de Britto.

Agradeço ao meu grupo de orientação por tantas contribuições e pela possibilidade de acreditar em uma forma de construção do conhecimento pautada em espaços de troca.

Agradeço as minhas chefes Soraya Souza Cruz e Simone dos Anjos pela aposta em meu crescimento profissional e pessoal neste processo e pela abertura do espaço em campo para realização dessa pesquisa.

Agradeço a minha equipe do CAPS IJ II Campo Limpo pelas trocas cotidianas e pelo trabalho conjunto na criação de uma célula pulsante e disseminadora de saúde no território.

Agradeço a Joice Santos e a Carolina Castro pela possibilidade da transformação de trocas profissionais em trocas afetivas e duradouras.

Agradeço as gestoras e equipes das unidades de saúde que abriram suas portas para a minha pesquisa acreditando em suas contribuições.

Agradeço a Universidade de São Paulo, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e a Prefeitura de São Paulo.

Agradeço a minha família que abre os caminhos e oferece às bases para essa trajetória desde sempre e para sempre.

Agradeço aos amigos que, mais de perto ou mais de longe, dão o colorido para as minhas inquietudes.

Agradeço ao meu analista por me ajudar a encontrar dentro a rede que estava pesquisando fora.

Agradeço aos congelados da minha sogra que, além de contribuir para o tempo quando precisava apenas escrever e escrever, alimentam e temperam minha vida.

Por fim, pela possibilidade de algum destaque, mesmo que não à altura, agradeço ao meu companheiro Raphael pelo seu jeito de estar ao meu lado compartilhando a vida e por sustentar esse processo e tantos outros.

RESUMO

COHEN, M. C. *Escutando o matriciamento: Caminho para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS?*. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Este estudo pretendeu identificar as condições de possibilidades de ampliação da intervenção clínica nas reuniões de matriciamento entre CAPS¹ e Atenção Primária. Através de um método qualitativo, foram registrados pela pesquisadora, na condição de observadora, seis reuniões de matriciamento. A observação dessas reuniões buscou escutar o grupo de profissionais na situação do matriciamento. Estes registros foram analisados à luz de uma perspectiva psicanalítica acerca dos processos grupais. A partir dos dados obtidos, percebemos a importância de que o dispositivo de matriciamento seja compreendido para além da obrigatoriedade prevista pelas portarias e que seja escutada e considerada a dimensão psíquica do grupo de profissionais diante de uma tarefa. Discutimos nossa compreensão sobre os riscos do discurso político ser passado diretamente para a execução do dispositivo. Isso porque a lógica totalitária desse discurso não abre espaço para reconhecimento do negativo, que, por sua vez, é condição necessária para que esse dispositivo acolha a clínica. Neste sentido, a discussão destes dados demonstrou que o funcionamento do dispositivo de matriciamento é depositário da angústia vivenciada pelos profissionais neste contexto e reflete características da demanda atendida. Tais elementos, se não considerados, podem comprometer sua tarefa e função como articulador da rede. Assim, a escuta do que está em jogo na dimensão psíquica do grupo de profissionais mostrou-se um caminho frutífero para um resgate da dimensão clínica no trabalho em rede no SUS².

Palavras-chaves: Clínica Ampliada. Apoio Matricial. Grupos. Reforma Psiquiátrica. Atenção Primária à Saúde.

¹ Centro de Atenção Psicossocial

² Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

COHEN, M. C. *Listening to matricial support: Is this a path to rescue the clinical dimension in health networking in SUS³?*. 2018. Dissertation (Master in Psychology). Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo, 2018.

This study aimed to identify the conditions of possibilities of an increase of clinical intervention on the matrix support meetings between CAPS⁴ and primary health care. Through a qualitative method, six matrix support meetings were registered by the researcher as an observer. The observation of these meetings aimed to listen to the group of professionals in the situation of the matrix support meetings. The records were analyzed from a psychoanalytic perspective of group processes. We realized, from the data analysis, the importance of the matrix support device being understood beyond the obligation provided by the ordinances and that the psychic dimension of the group of professionals, before a task, should be heard and considered. Our understanding about the risks of the political discourse being passed directly to the implementation of the device was discussed. The totalitarian logic of this discourse does not include the recognition of the negative, which is a necessary condition for a clinical device. The data discussion showed that the functioning of the matrix support meetings device is an anguish experienced by the professionals in this context depository and it reflects characteristics of the demand served. Such elements, when not considered, can compromise the task and its function as articulator of the health network. Therefore, listening to the psychic dimension of the group of professionals has proved to be a fruitful path for a rescue of the clinical dimension in health networking in SUS.

Key-words: Extended Clinic. Matrix Support. Groups. Psychiatric Reform. Primary Health Care.

³ The Unique Public Health System

⁴ Medium complexity mental health unit, such as public day hospitals, in Brazil

ABSTRAIT

COHEN, M. C. *À l'écoute de "matriciamento"⁵: Chemin vers un sauvetage de la dimension clinique dans le travail au réseau en SUS?*. 2018. Dissertation (Master en psychologie). Institut de psychologie, Université de São Paulo, São Paulo, 2018.

Cette étude visait à identifier les conditions de possibilités d'extension de l'intervention clinique dans les "matriciamento" entre CAPS⁶ et Soins Primaires. Grâce à une méthode qualitative, le chercheur a enregistré, à la condition d'observateur, six réunions de "matriciamento". L'observation de ces rencontres a cherché à écouter le groupe de professionnels dans la situation du "matriciamento". Ces enregistrements ont été analysés dans une perspective psychanalytique sur les processus de groupe. À partir des données obtenues, nous percevons l'importance de la compréhension du dispositif "matriciamento" au-delà de l'obligation établie par les ordonnances et que la dimension psychique du groupe de professionnels soit écoutée et considérée avant une tâche. Nous discutons de notre compréhension des risques d'un discours politique transmis directement à la mise en œuvre de le dispositif. En effet, la logique totalitaire de ce discours n'ouvre pas l'espace à la reconnaissance du négatif, condition nécessaire à l'accueil de la clinique par ce dispositif. La discussion de ces données a démontré que le fonctionnement du "matriciamento" est le gardien de l'angoisse vécue par les professionnels dans ce contexte et reflète les caractéristiques de la demande servie. Ces éléments, s'ils ne sont pas pris en compte, peuvent compromettre leur tâche et leur rôle d'articulateur du travail au réseau. Ainsi, l'écoute de la dimension psychique du groupe de professionnels s'est révélée être une voie fructueuse pour un sauvetage de la dimension clinique dans le travail au réseau en SUS⁷.

Mots clés : Clinique Élargie. Support de Matrice. Groupes. Réforme Psychiatrique. Soins de Santé Primaires.

⁵ Dispositif dans lequel les équipes des unités de complexité moyenne du SUS apportent un support technique aux équipes de soins primaires.

⁶ Unité de santé mentale de complexité moyenne, comme les hôpitaux de jour, au Brésil

⁷ Le unique système de santé publique au Brésil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1: Matriciamento, um Encontro entre o SUS e a Reforma Psiquiátrica	19
1.1. Reforma Psiquiátrica, Desafios e Questionamentos	19
1.2. Os Pressupostos Básicos do SUS	23
1.3. O Dispositivo de Matriciamento e o Apoio Matricial	26
1.4. O Matriciamento e a Busca pelo Ideal de Integralidade do Sujeito	29
1.5. O Matriciamento como Encontro	32
CAPÍTULO 2: Matriciamento, um Encontro entre Profissionais - Apostando no Matriciamento como Dispositivo Grupal	34
2.1. O Dispositivo de Matriciamento como Acontecimento Clínico	34
2.2. O Dispositivo Grupal como Ampliação da Clínica (ou Por que o Grupo?)	36
2.3. O Retorno do Primitivo nos Grupos	38
2.4. Da Importância do Negativo à Construção do Caso Clínico em Saúde Mental ..	41
2.5. A Escuta do Grupo de Profissionais como Forma de Cuidado ao Paciente	45
CAPÍTULO 3: Alguns Operadores Teórico-Técnicos da Psicanálise	50
3.1. Transferência e Contratransferência (ou Campo Transfere-Contratransferencial)	50
3.2. Considerações sobre o Impacto Transferencial do Atendimento ao Profissional de Saúde e o Grupo neste Contexto	53
3.3. A Intertransferência como Importante Ferramenta para o Trabalho em Equipe	55
3.4. O Grupo em sua Relação com a Tarefa	57
3.5. Restos	60
CAPÍTULO 4: Objetivos e Método	64
4.1. Objetivos	64
4.2. Método	64
4.3. Forma de Análise dos Resultados	68

CAPÍTULO 5: Apresentação e Análise dos Dados: Discussão	70
5.1. Enquadre Despedaçado	70
5.2. Ganhando Corpo – Aproximações	83
5.3. A Noção de Tarefa como Articulador	94
 CONCLUSÃO – O Negativo como Espaço para uma Clínica Possível	 102
 REFERÊNCIAS	 109

Introdução

Desde o início de minha formação como psicóloga nutro um interesse especial pelo Movimento de Luta Antimanicomial e pela Reforma Psiquiátrica, bem como por sua interlocução com a clínica psicanalítica. Naquele momento, meus questionamentos em relação a estes temas ainda assumiam um caráter prioritariamente teórico e imaginário.

Ao me formar comecei a experimentar essas clínicas mais diretamente e segui buscando sempre esse diálogo, tanto no consultório como em minha atuação em instituições. Em minha trajetória institucional, meu primeiro trabalho se deu junto ao Projeto Quixote, em uma parceria com uma política pública do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) destinada a cuidar de crianças em situação de rua. Esta foi minha primeira experiência em uma equipe com tão intensa convivência diária e, dentre as potências e limites percebidos, o que mais me marcava era a própria vivência da equipe, ou seja, as marcas que se imprimiam e o quanto elas retratavam as precariedades vividas e atendidas ali. Percebia que quanto mais a equipe estava fortalecida como grupo, mais conseguíamos entender os sentidos dos atendimentos realizados.

Em seguida, passei a trabalhar em outro projeto nessa mesma instituição, também uma parceria com o SUAS, mas dessa vez o público atendido eram crianças vítimas de violência. Neste momento, meus questionamentos giravam em torno principalmente das especificidades do atendimento clínico realizado na instituição e dos limites e recursos disponíveis para o profissional nessas condições.

Todas essas experiências começaram a suscitar os questionamentos que nesse estudo ganham forma. Mas foi principalmente ao começar a trabalhar como psicóloga de uma equipe multidisciplinar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantojuvenil na zona sul de São Paulo que diretamente esses questionamentos foram assumindo um caráter real e, com isso, foi inevitável que os limites também passassem a fazer parte desse processo. Limites institucionais, limites pessoais, limites teóricos, limites práticos, limites políticos e muitos outros. Limites que quando não assumidos, olhados e cuidados foram se tornando importantes obstáculos para a tarefa comum e primeira de uma equipe tão heterogênea: cuidar de crianças e adolescentes com algum sofrimento grave e persistente de maneira integral, articulada e ética.

Neste contexto, e diante de uma multiplicidade de demandas, percebia que a equipe era constantemente convocada a fazer escolhas. Dessa forma, os espaços de troca, pensamento e encontro, a meu ver, acabavam sendo os primeiros a serem suprimidos, levando

consigo a possibilidade de uma elaboração psíquica necessária para assumir o compromisso transferencial de cuidar de alguém.

Ao economizarmos o investimento em espaços dessa natureza, acabamos assumindo sozinhos desafios que devem ser enfrentados coletivamente pela equipe e, aos poucos, a escuta e o investimento no paciente a ser atendido vão ficando significativamente comprometidos, levando consigo a possibilidade de atuar de forma clínica. Aqui, quando falamos da possibilidade de atuar de forma clínica, estamos nos referindo a uma prática que, diante da tarefa de cuidar ou curar, se debruça sobre um outro buscando uma intervenção a partir da compreensão de sua singularidade e experiência de adoecer. Não se trata de excluir a importância de uma abordagem técnica, mas de ressaltar a importância de que esta não prescindia ao encontro e a escuta do que se pretende cuidar. Ou seja, compreendemos que a experiência clínica não se encerra em recomendações técnicas, mas principalmente em encontrar disponibilidade e tempo em meio a estas.

Movida pela angústia diante dessa percepção, comecei a me questionar sobre quais os espaços que permitiriam um resgate dessa dimensão clínica. Insistir apenas em uma clínica individual não dialogaria com a realidade, as demandas e as diretrizes do SUS. Com isso, passei a me aprofundar e buscar subsídios em autores que pensavam a clínica psicanalítica ampliada para outros settings, como o grupal.

Junto a isso, como psicóloga do CAPS, começava a conhecer e experienciar mais proximamente o dispositivo de *matriciamento*. Este dispositivo é previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e surge com o intuito de romper com uma lógica sanitária na qual o sujeito é compreendido de maneira compartimentada pelas especialidades médicas, buscando garantir uma nova forma de cuidado pautada no ideal de integralidade do sujeito. Sendo assim, esta busca por um cuidado integral, a nosso ver, dialoga intimamente com os alicerces da Reforma Psiquiátrica, que por sua vez, ao ir contra um modelo de cuidado asilar e segregatório, almeja uma forma de cuidado que compreenda o sujeito em suas múltiplas relações com seu meio.

Em contraposição a um modelo de cuidado centralizado e excludente, o SUS propõe uma rede de serviços comunitária e territorializada, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o segmento mais próximo ao usuário, bem como de suas relações e vínculos. Os CAPS funcionariam então como uma matriz para pensar as ações e articulações para essa rede no que diz respeito às questões de saúde mental mais graves e persistentes, mas não o único dispositivo responsável pelo cuidado dessa população. Quanto mais comunitários e próximos ao usuário forem esses cuidados, mais fiéis estaremos sendo aos ideais do Movimento de Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a busca que se faz é por uma rede de

serviços substitutiva em detrimento das formas de tratamento manicomiais. Neste sentido, faz-se uma aposta na centralidade da atenção primária e o matriciamento é um dispositivo extremamente potente para essa conquista.

As reuniões de matriciamento entre CAPS e UBS tem fundamentalmente dois objetivos, o de aproximar os serviços envolvidos numa mesma rede de cuidados para pensar em intervenções conjuntas, e o de amparar as ações da atenção primária no que diz respeito as questões de saúde mental de determinado território, sendo que este segundo compreende a dimensão de apoio matricial. No entanto, na prática, percebi algumas dificuldades para que o espaço se constituísse de maneira a cumprir esses objetivos.

Supõe-se que o fato das equipes estarem diante do desafio de atender um território sempre mais populoso do que o previsto nas portarias que regulamentam esses serviços, contribuísse para que os profissionais se mostrassem mais preocupados com a passagem de casos do que com uma discussão e compreensão mais aprofundada destes. Não apenas essa sobrecarga de demandas, mas também a sobrecarga psíquica diante dessas pareciam se expressar através da forma sintomática que ocorria a reunião. Nesse sentido, ainda as distintas metas dos serviços demonstravam-se obstáculos para a construção de uma rede de atendimento integrada; a atenção primária parecia não se apropriar de seu papel como referência primária e longitudinal para os casos; e o matriciamento não parecia ser visto como prioridade, mas como algo que iria de encontro às metas quantitativas de atendimento. Assim, as estratégias das equipes para lidar com a multiplicidade e urgência das demandas pareciam ser muito mais burocráticas do que clínicas, ou melhor, algo neste grupo resistia à clínica.

Mais especificamente no contexto que será aqui estudado, as reuniões de matriciamento propostas pelos CAPS tem o intuito de criar, formar e fortalecer o diálogo dessa rede de atendimento e são propostas da seguinte maneira. O território de referência para atendimento no CAPS Infantojuvenil é composto por vinte e oito UBS e no CAPS Adulto por treze UBS. Propõe-se reuniões mensais, bimestrais ou trimestrais de matriciamento, das quais pelo menos dois profissionais da equipe do CAPS ficam responsáveis pela gestão. Esta equipe é constituída de maneira multidisciplinar e é composta por técnicos de enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais, artesãos, fonoaudióloga, educador físico, neuropediatra, técnicos de farmácia e farmacêutico. Cabe ressaltar que a profissional neuropediatra tem apenas no CAPS Infantojuvenil e a equipe de farmácia se encontra apenas no CAPS Adulto. Inicialmente, estes últimos faziam parte da equipe do CAPS Infantojuvenil, no entanto, ao longo da pesquisa a farmácia desse serviço foi cortada (com a justificativa da necessidade de corte de verbas) e a equipe deixou de contar

com o olhar dessa disciplina em sua composição. Todos os profissionais estão envolvidos em alguma reunião de matriciamento, independente de sua formação acadêmica. A única exigência é a de que um dos profissionais da dupla responsável tenha cursado o nível superior. Junto aos profissionais do CAPS, participam destas reuniões os integrantes das equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), normalmente compostas por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social, e destinadas a dar apoio a uma ou mais equipes generalistas das UBS e as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) que são compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Além do objetivo já citado em relação a obtenção e manutenção de uma rede de atendimento ativa e viva, pretende-se ainda com estes encontros disparar reflexões e, assim, amparar práticas de prevenção e promoção em saúde na atenção primária voltadas para a saúde mental e atenção psicossocial. A partir do momento em que essas ações passam a ser pensadas junto a atenção primária, supõe-se que possam dialogar mais intimamente com questões próprias do território e, com isso, ampliar seu potencial impacto. Esta suposição não é exclusiva deste trabalho, mas uma diretriz das políticas de saúde.

Retornando a questão proposta mais a cima, em relação a quais espaços poderiam constituir um resgate da dimensão clínica e diante do contexto apresentado, o olhar para o espaço de matriciamento pareceu frutífero. Questionava: será que o espaço de matriciamento, sendo compreendido como um dispositivo clínico grupal, traria consigo condições de possibilidades para tal resgate? Entendo que a perspectiva de caminhar na direção oposta de práticas asilares não trata-se apenas de criar novos serviços e dispositivos, mas principalmente de refletir e questionar constantemente sobre quais os ideais que amparam nossas práticas e em que direção estamos indo com estas.

No atendimento à população usuária dos serviços do SUS, os grupos acabam por serem usados e compreendidos como uma alternativa diante da impossibilidade de atender individualmente. Os usuários, com significativa frequência, buscam o serviço esperando encontrar atendimento médico, psicológico ou de outro especialista individualmente e estranham quando lhes é oferecido um atendimento prioritariamente grupal e referenciado também a um grupo de profissionais, a uma equipe multidisciplinar e não a um especialista. Os profissionais, por sua vez, muitas vezes demonstram-se frustrados em não poder oferecer o espaço individual demandado. No entanto, o dispositivo de grupo traz consigo uma potência e também é oferecido com base no reconhecimento desse potencial. Nesse sentido, não pode ser compreendido apenas como um aglomerado de pessoas. Ao lado dessa observação,

visitava-me a questão: como recuperar a potência do grupo, sem perder de vista um olhar para a singularidade e para a clínica?

Cabe destacar que Freud (1921), em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, já anunciava a possível relação entre as descobertas psicanalíticas para a uma psicologia individual e os fenômenos pertinentes à massa. O pai da psicanálise anunciava ainda um campo fértil para esses fenômenos: “A psicologia das massas, embora se ache apenas no início, compreende uma vasta gama de problemas e coloca para o pesquisador incontáveis tarefas, que ainda não foram sequer diferenciadas” (FREUD, 1921, p. 16). Desde a época em que Freud lançou um olhar para esse campo, muito já se avançou. Exploraremos esse campo dentro da psicanálise, denominado Movimento Grupalista, mais adiante. Nesse momento introdutório, seguindo as questões levantadas, gostaríamos de expor o método proposto nesse trabalho para percorrê-las.

Serão registrados e analisados, de forma qualitativa, três encontros de matriciamento entre dois CAPS (Infantojuvenil e Adulto) e duas UBS do mesmo território, totalizando seis encontros. Essas reuniões ocorrem nas UBS e tem como participantes dois profissionais da equipe do CAPS e os profissionais das equipes de NASF e/ou ESF da UBS. Sendo assim, os profissionais dessas equipes se reúnem em torno de uma tarefa: a discussão de casos com questões pertinentes à saúde mental, ou atenção psicossocial, de crianças e adolescentes deste território. As compreensões acerca dessa tarefa, bem como o alinhamento dos serviços e da política em relação a esta serão discutidos ao longo do trabalho.

Cabe ressaltar que, compreender o espaço de matriciamento como um dispositivo de grupo tem como foco favorecer a dinâmica do grupo para que crie condições para suportar a entrada no momento da tarefa, a partir da compreensão das estratégias defensivas estabelecidas com esta. Esta compreensão não tem diretamente um foco terapêutico com os profissionais, mesmo que entenda-se aqui que o olhar para este espaço como grupo pode desvelar conteúdos inconscientes e relacionais que tanto comprometem o atendimento à população como podem conduzir a uma compreensão mais ampliada dos casos, da dinâmica e de questões da equipe e das especificidades do atendimento nesse serviço e território.

A opção por um estudo que fosse a campo e não se encerrasse em uma revisão teórica foi colocada à prova em diversos momentos. Cabe destacar que consideramos de extrema validade o fato dessa escolha ter sido mantida. Os primeiros obstáculos se deram em torno do diálogo feito com a instituição coparticipante, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein (SBIBHAE), uma instituição prioritariamente médica, ou seja, pautada por um paradigma mais voltado para pesquisas quantitativas. Ultrapassado este, e

ainda os comitês de ética da Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde, chegamos a Plataforma Brasil. Mais uma vez os parâmetros éticos dialogavam muito mais com exigências feitas às pesquisas quantitativas, e ainda que ofereceriam riscos potenciais significativamente mais danosos aos participantes. A insistência em um método prático e qualitativo se deu pela compreensão de que a escuta do que se passa nesse dispositivo se mostraria frutífera para além do que está previsto para este enquanto diretrizes políticas e teóricas. E mais do que isso, pela consideração de que o valor da clínica se encontra nesse ‘entre’ que fica em um caminho de mão-dupla entre teoria e prática.

Capítulo a capítulo

No primeiro capítulo intitulado “Matriciamento, um encontro entre o SUS e a Reforma Psiquiátrica”, apresentaremos o dispositivo de matriciamento, explorando desde o seu surgimento, tal como proposto pela discurso político e literário, até a forma como ocorre no contexto em que será aqui estudado. O fio-condutor será a compreensão de que este dispositivo do SUS dialoga intimamente com os ideais e objetivos da Reforma Psiquiátrica, que também será explorada neste capítulo.

Tal diálogo gira em torno fundamentalmente do princípio de integralidade, um dos três pilares das diretrizes que regulamentam o SUS, além das pretensões de centralidade da atenção primária e de criação de uma rede substitutiva e comunitária de atendimento. A história do SUS, amparada na Reforma Sanitária, marca uma mudança de paradigma no que se refere ao cuidado em saúde. A tentativa de transposição da dicotomia entre saúde e doença abre espaço para uma visão mais ampliada dos processos de saúde e suas constantes relações complexas com a vida, o que dialoga mutuamente com a construção da Reforma Psiquiátrica. Exporemos ainda as leis e portarias que amparam essa prática construindo um breve panorama dos serviços do SUS hoje e para quais desafios entendemos poder contribuir com essa pesquisa.

Ao final ampliaremos nossa proposta de matriciamento como encontro entre as políticas para também a compreensão de um encontro entre profissionais, ou seja pessoas em situação de trabalho. O encontro entre pessoas nos leva a analogia com o encontro analítico e sua abertura para o novo. Assim, proporemos uma leitura mais permeável das proposições feitas nesse trabalho, problematizando o discurso totalizante das políticas. Com isso, essa exposição será feita em dois níveis, o primeiro apresenta o que as cartilhas e políticas do SUS propõe, enquanto o segundo pretende uma tentativa de revisitar esse discurso a partir de uma perspectiva psicanalítica do encontro clínico.

No segundo capítulo, intitulado “Profissionais que se Encontram - Apostando no Matriciamento como Dispositivo Grupal”, começaremos propondo que o matriciamento seja escutado como dispositivo grupal. O dispositivo de matriciamento foi pensado a partir de múltiplas referências, sendo sua dimensão política a destacada no capítulo anterior. Neste capítulo gostaríamos de instigar no leitor a aposta em outra dimensão presente neste dispositivo, para isso, nossa proposta de escutar o grupo de profissionais para além do dispositivo. Assim sendo, discutiremos a ampliação da clínica psicanalítica para outros settings. Traremos importantes textos de Freud que embasam e abrem o campo para se pensar a dinâmica psíquica grupal. Assim, nos conduziremos a discussão sobre a importância do cuidado ao profissional como forma de cuidado ao paciente e do grupo como dispositivo fundamental diante desse objetivo. Neste sentido, fenômenos de processos paralelos, câmara de ecos e homologia funcional serão expostos para pensar as características da demanda que podem se refletir no corpo do grupo e na instituição.

No terceiro capítulo, intitulado “Operadores Teórico-Técnicos da Psicanálise”, pretendemos explorar operadores teórico-técnicos psicanalíticos que possam auxiliar na compreensão do que está em jogo psiquicamente no grupo de profissionais nas reuniões de matriciamento. Com isso, apresentaremos o campo transfero-contratransferencial, e traremos essa discussão para o campo da saúde pública, onde o dispositivo grupal encontra amplo campo de utilização. Apresentaremos o conceito de intertransferência para pensar os obstáculos e possibilidades do trabalho com mais de um profissional. Exploraremos, então a noção de tarefa e o olhar para a análise do grupo em sua relação com a tarefa. Por fim, apresentaremos a noção de “Restos” dos processos psíquicos para pensar em dispositivos que propiciem a sua metabolização em detrimento de um destino intoxicante para estes.

No quarto capítulo, intitulado “Método e Objetivos”, apresentaremos o método escolhido e adotado para percorrer os objetivos propostos nesse trabalho. Cabe ressaltar que seu formato, tal como exposto aqui, foi o resultado de diversos diálogos entre as instituições envolvidas direta ou indiretamente nesse projeto, e ainda as que normatizam as pesquisas envolvendo seres humanos. Os objetivos desse trabalho são, respectivamente geral e específicos: identificar as condições de possibilidades de ampliação da intervenção clínica nas reuniões de matriciamento entre CAPS e Atenção Primária; identificar como ocorrem as reuniões de matriciamento entre dois CAPS e duas UBS do mesmo território; escutar o grupo de profissionais no dispositivo de matriciamento; identificar operadores conceituais que possam favorecer e potencializar as discussões de caso neste dispositivo; e problematizar a

forma como ocorre retomando o surgimento do conceito de matriciamento e os alicerces do atendimento em saúde mental no SUS.

No quinto capítulo, intitulado “Apresentação e Análise dos Dados: Discussão” apresentaremos os dados colhidos a partir da observação de seis encontros de matriciamento entre dois CAPS (Adulto e Infantojuvenil) e duas UBS (aqui chamaremos de Olga e Palmeiras) do mesmo território. À luz dos operadores conceituais expostos nos capítulos 1, 2 e 3, faremos a discussão dos resultados encontrados articulando com as hipóteses iniciais, bem como com o que se propõe enquanto política para o espaço de matriciamento. Os dados serão apresentados a partir de trechos dos registros de relato das observações sendo discutidos e comentados. Essa discussão será dividida, em linhas gerais, em três partes. A primeira abordará os relatos de momentos em que a reunião de matriciamento assume o funcionamento parecido com o que chamaremos aqui de *enquadre despedaçado*, ou seja momentos mais difíceis que ganham expressão no corpo do grupo. A segunda tratará de momentos em que o grupo se aproxima do que entendemos aqui como sua tarefa, ou seja, esse grupo vai *ganhando corpo*. Por fim, articularemos essas duas partes a partir do conceito de tarefa e justificaremos nossa conclusão de que a tarefa para ser clínica precisa abrir espaço para o negativo.

Ao expor nossas conclusões, exploraremos a noção de restos e negatividade, que a nosso ver ecoam constantemente no diálogo com os dados encontrados, e o funcionamento grupal a partir de “Totem e Tabu” (FREUD, 1912). Com isso, nossa expectativa é a de poder avançar na explicitação das condições de possibilidades para a ampliação da intervenção clínica neste contexto. Ainda discorreremos sobre os limites encontrados no percurso do estudo atual e possibilidades de continuidade para o futuro.

CAPÍTULO 1: Matriciamento, um encontro entre o SUS e a Reforma Antimanicomial

1.1. Reforma Psiquiátrica, Desafios e Questionamentos

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se pela busca de uma rede de cuidados, para as pessoas com transtornos psíquicos graves, que se organize em contraposição a um modelo de cuidado centralizado, excludente e asilar. Assim sendo, esta rede substitutiva tem como horizonte uma forma de cuidado inclusiva que possibilite o trânsito da pessoa na vida e não retire-a de seu meio para então trata-la. No entanto, entende-se que para que esta rede seja possível e efetiva, faz-se necessário que todo olhar da sociedade para o fenômeno da loucura seja revisitado, de forma que este movimento almeja e provoca também uma quebra de paradigma estrutural.

Como fundamental marco histórico, em 6 de abril de 2001 foi decretada a Lei Nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que discorre sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e postula novos direcionamentos para os cuidados em saúde mental. Como todo processo político, os movimentos sociais que deram condições para que esta lei fosse criada já ocorriam algum tempo antes. Cabem algumas ressalvas neste sentido. O decreto dessa lei veio instaurar e concretizar a nível nacional a Reforma Psiquiátrica, no entanto, cada estado se encontrava em um momento desse processo. O estado de São Paulo carrega importante pioneirismo, principalmente na capital e em Santos onde a experiência já era precedente a lei, influenciando o que se pensa para a rede substitutiva de atenção em saúde mental para todo o Brasil. Na capital, dois marcos importantes foram a fundação do CAPS Itapeva, primeiro CAPS do Brasil, ocorrida em 1987 e a rede substitutiva criada no governo Luiza Erundina de 1989 a 1992. E em Santos cabe o destaque a intervenção feita no Hospital Anchieta.

Com a lei, a internação passa a ser uma alternativa válida apenas circunstancialmente quando os dispositivos extra-hospitalares não forem suficientes às necessidades do paciente e apenas dentro de um período finito determinado. O texto desta lei também esclarece os deveres do Estado em relação ao desenvolvimento de políticas de saúde mental, desde a assistência até ações de promoção de saúde, e ressalta a participação da sociedade em todos esses níveis.

Hoje em dia os serviços destinados ao cuidado para os indivíduos portadores de sofrimento psíquico grave e/ou persistentes se pautam pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial. Considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada

e efetiva nos diferentes pontos de atenção, o artigo 5º da RAPS discorre sobre sua composição (BRASIL, 2011):

- Atenção básica em saúde - Unidade Básica de Saúde; Equipes de atenção básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e Centros de Convivência.

- Atenção psicossocial especializada - Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

- Atenção de urgência e emergência - SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

- Atenção residencial de caráter transitório - Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial.

- Atenção hospitalar - Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

- Estratégias de desinstitucionalização - Serviços Residenciais Terapêuticos.

- Reabilitação psicossocial.

Percebe-se que a RAPS é composta por diversos serviços com diferentes características de forma que nenhum atua como total ou compreende que isoladamente dá conta de cuidar do paciente, por isso o termo rede. Cabe ressaltar que o que se chama de rede, ou trabalho em rede, não se refere apenas aos equipamentos em si, mas às relações entre eles, relações entre os trabalhadores e relações que o próprio paciente estabelece com os serviços e os trabalhadores e ainda com qualquer outro ponto que entende como ponto de cuidado. Ressalta Antônio Lancetti [2000?], “Logo percebemos que essa trama tecida pela organização sanitária era a esteira fundamental de onde deveria emanar um processo que viesse a produzir saúde mental” (LANCETTI, [2000?], p. 18).

Audrey Rossi Weyler e Maria Inês Assumpção Fernandes (2005) em estudo sobre os desafios da passagem dos usuários dos manicômios para as moradias assistidas, afirmam que: “A implementação dos dispositivos substitutivos aos manicômios, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, tem acontecido com maior intensidade nas duas últimas décadas” (WEYLER; FERNANDES, 2005). Consideramos emblemática da mudança de paradigma a que se propõe a Reforma a passagem da instituição total à residência terapêutica. Ou seja, passa-se de uma instituição que representava única alternativa ao existir do dito “louco” para uma rede como possibilidade de recuperação de vínculos e, assim, do transitar pela cidade como cidadão. Nas

palavras das autoras: “Visa-se, com isso, que o morador deixe de ser um tutelado da instituição hospitalar e resgate a possibilidade de convivência social, encontrando condições para uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário” (WEYLER; FERNANDES, 2005).

Da mesma maneira que, como destacado anteriormente, o decreto de uma lei pressupõe um processo histórico que crie suas condições, a efetivação e assimilação desta à vida das pessoas dentro da sociedade também constitui um processo. Ou seja, as questões em relação ao trato com a loucura ser feito de maneira excludente não se superam apenas com a criação de leis, mas com a criação de dispositivos e constante visitação destes em diálogo com a sociedade. Mirna Yamazato Koda e Fernandes (2007), apontam essa direção ao falar sobre a constituição de práticas substitutivas em saúde mental:

O processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental, assim como a efetivação dos pressupostos do Movimento de Lutas Antimanicomial implicam mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais (KODA; FERNANDES, 2007).

Ou seja, a Reforma Psiquiátrica constitui uma via de mão dupla, a medida que propõe-se que a loucura, representada na figura do louco, passe a não ser mais excluída e segregada, passamos a ter que reconhecer também a loucura dentro de nós, como parte de nossa vida cotidiana. “Trata-se da construção de espaços outros para o louco e para a loucura na vida da cidade” (WEYLER; FERNANDES, 2005). Somos convocados a refletir sobre as formas de exclusão produzidas cotidianamente de uma forma mais ampla, refletimos sobre a nossa própria forma de existir. Alargam-se os limites entre o normal e o patológico, entre a razão e a desrazão, questionando ainda a serviço de quais interesses e formas de vida atuam limites tão extremos e cindidos. Carlo Viganò (1999), define esse momento como “passagem da consideração da loucura como doença, para a loucura como saúde mental” (VIGANÒ, 1999, p. 39).

Paulo Amarante (1999), no livro “Fim de Século: Ainda Manicômios?”, livro que consiste no registro do Simpósio homônimo organizado pelo Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO)⁸ em 1997, discute os caminhos e objetivos percorridos pela Reforma naquele momento. Neste artigo, o autor destaca a importância de recolocarmos a posição da verdade para a ciência, alegando que esta não constitui um saber que desvenda a realidade, mas um saber que constrói sua própria forma de lidar com a

⁸ Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP

realidade. Trazendo esta questão para o fenômeno da loucura, por muito tempo as ciências traçaram limites muito claros entre a loucura e a sanidade e, como produto, a segregação ilustra essa posição científica criticada pelo autor. Com os questionamentos trazidos pela Reforma Psiquiátrica passa-se a elucidar o fato de que a loucura não é algo dado em si e decifrado pela ciência, mas que as próprias formas de interpretar e tratar a loucura patologizam-a. Nas palavras do autor:

Neste sentido, o que vimos denominando como Luta Antimanicomial, ou como Reforma Psiquiátrica (pois o que importa são os conteúdos que aplicamos às coisas e não apenas as palavras que usamos para denominá-las), tem como princípios básicos uma ruptura com essa tradição científica. Em primeiro lugar, por romper com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação). Em segundo lugar, por romper com o processo de patologização dos comportamentos humanos, com base em um pressuposto teleológico ou ontológico de normalidade (AMARANTE, 1999, p. 48).

Amarante (1999) ainda neste texto classifica em quatro campos fundamentais os fatores que contribuem para a construção do processo de Reforma, processo este que o autor classifica como complexo e no qual estes fatores estão sempre inter-relacionados. São estes campos: teórico-conceitual; técnico-assistencial; jurídico-político; e sócio-cultural. Para este momento do trabalho cabe a ênfase e definição dos dois primeiros. Em linhas gerais, o primeiro campo diz respeito a desconstrução e reconstrução dos conceitos que amparam as novas práticas psiquiátricas-psicológicas. O segundo, que se dá a partir e concomitante ao primeiro, se refere a construção de novas formas de assistência e de uma rede de equipamentos que opere como condições materiais de construção de subjetividade. Neste sentido, entendemos a importância de discutir a política, as nomenclaturas e cartilhas, que se refeririam, em parte, a dimensões do campo teórico-conceitual. Assim como toda a discussão acerca dos operadores teóricos e técnicos psicanalíticos que será feita mais adiante. No entanto, entendemos a importância de que essa discussão atinja também o nível da teoria da técnica e, assim, o da clínica que é feita no campo assistencial, que é a discussão que está sendo proposta aqui. Mesmo porque os campos se inter-relacionam e influenciam mutuamente.

Neste mesmo livro, Fernandes (1999), ao discorrer sobre os desafios da reforma com o fim do século XX, faz uma análise do papel central do trabalho como produtividade em nossa sociedade e, com isso, ressalta os lugares disponíveis para nossas identificações psíquicas diante desse cenário. A autora afirma:

Temos hoje pela frente, em relação à reflexão sobre a extinção dos manicômios, que enfrentar um desafio: desvendar as brechas através das quais os processos manicomiais continuam a se insinuar sob as vestes dos novos discursos e das novas práticas. A incorporação de um discurso e a criação de novas modalidades de ação

em saúde não garantem a extinção dos mecanismos de exclusão e segregação (FERNANDES, 1999, p. 39).

Em nossa prática concordamos com a existência desse desafio colocado pela autora e percebemos que, no âmbito da Reforma, caminhamos bastante politicamente, o que exige constante diálogo com o caminho a ser traçado clinicamente. Neste sentido, consideramos que a clínica psicanalítica constitui uma importante ferramenta para percorrer esse desafio. Viganò (1999), também aponta essa direção: “Quer dizer, tendo-se eliminado o significante doença, cria-se o tratamento do usuário, por toda vida, num regime de assistência social. Para que isso não aconteça, é necessário reencontrar a dimensão clínica” (VIGANÒ, 1999, p. 39).

O campo produzido sobre a Reforma Psiquiátrica constitui um terreno fértil, no qual muito já se produziu. Diversas questões são abordadas desde suas raízes e influências de movimentos similares em outros países pelo mundo, passando por seu histórico, até desafios enfrentados clínica e politicamente hoje. No entanto, nosso foco aqui é o diálogo dos questionamentos deste movimento com o SUS, uma vez que compreendemos que sua prática hoje no Brasil se dá principalmente em meio aos equipamentos deste sistema de saúde pública. Mais específica e enfaticamente nosso foco se deu em relação ao fim a que se propõe esses questionamentos, ou seja, à construção de uma rede de atendimento em saúde mental substitutiva e comunitária. Assim sendo, fizemos um recorte da bibliografia que enfatizasse os desafios percorridos na prática da implantação desta rede e que abordasse a complexidade inerente ao diálogo entre a prática e teoria. Abrir as portas dos manicômios não nos exime de continuar reproduzindo práticas manicomialistas. Segundo Amarante (1999), “Manicômio é sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar” (AMARANTE, 1999, p. 49).

1.2. Os Pressupostos Básicos do SUS

Antes da Constituição de 1988 a saúde não era um direito de todos, tinha acesso a assistência médica pública apenas quem tinha trabalho com carteira assinada e/ou pagava a previdência social. A oferta de serviços de saúde pública se pautava por interesses econômicos privados em detrimento das necessidades da população. Todo o contexto político favorecia essa forma de pensar a política social. Foi apenas com o fim da Ditadura Militar em 1985 que começaram a surgir os movimentos populares que almejavam a redemocratização do país e, com isso, a possibilidade da distribuição de benefícios e direitos sociais.

Neste contexto surge o Movimento Sanitário que começou a denunciar os impactos no sistema de saúde que as decisões da Ditadura Militar teriam acarretado, antes os estudos que

demonstravam esses efeitos não podiam ser divulgados. Deste movimento surge a proposta da Reforma Sanitária que, por sua vez, tem como objetivo a implantação do SUS, ou seja, um sistema de saúde único, democrático e universal. A Reforma Sanitária questionava a maneira com que a saúde era pensada e ofertada anteriormente e tinha como princípio básico que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Contra um modelo de saúde fragmentado, excludente e não preventivo e promotor da saúde, foi com este movimento que começou a proposição de que a saúde fosse vista como um resultado das condições de vida da pessoa (NETO, 2005).

A primeira cartilha do Sistema Único de Saúde data de dezembro de 1990 e foi intitulada “ABC do SUS – Doutrinas e Princípios”. Nesta evidenciam-se a insatisfação da população com os sistemas de saúde nacionais precedentes, a necessidade de uma radical mudança nas formas de se pensar, planejar e acessar a saúde e a marca do SUS como inovador neste sentido. O SUS tem suas doutrinas e princípios inspirados na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Faz-se válido transcrever uma passagem dessa cartilha que elucida o que está aqui sendo dito:

(...) baseando-se nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a Constituição de 1988 estabeleceu pela primeira vez de forma relevante, uma seção sobre a saúde que trata de três aspectos principais:

Em primeiro lugar incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.); o meio sócio-econômico e cultura (ocupação renda, educação, etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc.); e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica que, para se ter saúde são necessárias ações em vários setores, além do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde. Isto só uma política governamental integrada pode assegurar.

Em segundo lugar, a Constituição também legitima o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como, explicita que o dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público.

Isto significa que, a partir da nova constituição, a única condição para se ter direito de acesso, aos serviços e ações de saúde, é precisar deles.

Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde - SUS, de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários (BRASIL, 1990, p. 3 e 4).

A cartilha aponta que com o advento do SUS, da Reforma Sanitária e dos movimentos democráticos que acompanhavam este momento histórico, passa-se a pensar na saúde como

um processo mais complexo que engloba todas as esferas da vida. Aponta-se uma busca pela transposição da dicotomia saúde X doença, considerando que a saúde também é afetada pelas possibilidades de acessos que a pessoa tem a emprego, educação, transporte, saneamento básico, cultura, lazer, entre outros. Mais a frente a mesma cartilha explicita a que se refere o termo Sistema Único, ou seja um sistema no qual todas as partes integradas seguem as mesmas doutrinas e princípios em todo o território nacional e em todas as suas atividades: promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta ainda esclarece os princípios doutrinários em que se baseiam o SUS: Universalidade, todo cidadão sem distinção tem garantia de acesso a saúde em todos os níveis; Equidade, todo cidadão é compreendido como igual e deve ser atendido de acordo com sua necessidade; e Integralidade, que, por sua vez, vale a pena ser transcrito por manter especial relação como o tema deste trabalho:

INTEGRALIDADE - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Enfim:

“O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.” (BRASIL, 1990, p. 5).

O SUS tem seus serviços organizados, em linhas gerais, de acordo com três níveis de especialidade e tecnologia: atenção primária, média e alta complexidade. A primeira constitui a principal porta de entrada para os outros níveis, de acordo com as demandas que se fizerem necessárias. Estes princípios de organização, que são denominados Regionalização e Hierarquização, também ficam mais claros a partir de uma passagem da mesma cartilha:

REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada,

favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990, p. 5).

Assim, a atenção primária é prevista para ser o segmento mais próximo ao usuário e também o que se encarregaria de pensar e atuar na promoção de saúde e prevenção dos adoecimentos, participando do atendimento aos usuários de maneira longitudinal e integral. Gastão Wagner de Souza Campos et al. [2008?], importante pesquisador e atuante nas conquistas pioneiras do SUS, ressalta que “A atenção primária é considerada um arranjo assistencial importante aos países que almejem um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania” (CAMPOS et. al., [2008?]).

Ainda neste sentido, outra importante autora com destaque internacional como referência para a compreensão do fortalecimento da atenção primária como fundamental para a organização do sistema de saúde como um todo é Barbara Starfield (2002). A autora destaca a complexidade e desafios da tarefa da atenção primária, ressaltando que seus aspectos críticos acabam ganhando mais repercussão do a apreciação de suas contribuições enquanto principal organizadora do cuidado. Sua definição deste segmento nos parece bastante emblemática e ilustrativa:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2002, p. 28).

1.3. O Dispositivo de Matriciamento e o Apoio Matricial

Com a exposição dos objetivos da Reforma Psiquiátrica e dos princípios do SUS, pretendemos pensar a importância do dispositivo de matriciamento nesta construção, propondo que este dispositivo constitui o encontro entre estes por unir as bases de ambos os movimentos.

Neste sentido, retomamos a organização do SUS exposta. Esta define que o acesso aos serviços de saúde deve se dar pelo nível primário de atenção, ou seja pela UBS, e ainda que este nível deveria estar apto a responder às principais demandas do SUS. A atenção primária é central no atendimento à população, inclusive à população que possui questões de saúde mental graves. Os CAPS, que compõem o nível de média complexidade, deveriam constituir uma passagem do usuário em momentos mais agudos e de maior gravidade e complexidade, enquanto a UBS não deixa de ser referência para o seu cuidado.

A já citada portaria No. 3.088 de 2011 que institui a RAPS para o cuidado de pessoas com sofrimento psicossocial grave e persistente, ao elencar a UBS como ponto de atenção que compõe esta rede, esclarece o papel desse serviço:

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

Diante desta organização, cabe retomar que as ações em todos os níveis deveriam ser pensadas de maneira articulada com a atenção primária, uma vez que é o nível mais próximo e apropriado dos laços sociais dos usuários e tem função organizadora da rede de serviços. Retomando Campos et al. [2008?], sobre o que se espera do nível de atenção primária:

Porém espera-se dela muito mais do que essa função de garantir acesso ao sistema. Afirmar-se que na ABS [Atenção Básica em Saúde] deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população (WHO⁹; 1978), desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados (CAMPOS et. al., [2008?]).

Neste sentido, Gustavo Tenório Cunha (2009), baseado em extensa literatura, também ressalta a importância de que se faça uma aposta na centralidade da atenção primária nos sistemas públicos de saúde. Ele coloca esta percepção ao lado do diagnóstico de que o SUS tem um longo percurso no caminho da efetivação dessa centralidade.

A complexa tarefa de atuar na promoção e prevenção dos processos de saúde, traz consigo a noção de que o adoecimento não se dá de maneira desvinculada destes processos. Assim sendo, mais uma vez se faz clara a necessidade de que as ações sejam pensadas conjuntamente com a atenção primária, que seria a encarregada pela prevenção e promoção. Esta relação evidencia-se na passagem de uma cartilha da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS (2011b), que descreve essa política como uma “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir o processo de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade” (BRASIL, 2011b, p. 3).

Diante dessa perspectiva, surge o dispositivo de matriciamento, formulado originalmente por Campos (1999) e definido pelo Ministério da Saúde (2011c) como: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011c, p. 13).

⁹ World Health Organization – Organização Mundial de Saúde (OMS)

A definição de apoio matricial também é explorada por Cunha (2009). Cabe assinalar uma ressalva quando utilizamos o termo Apoio Matricial. Compreendemos que dentro do dispositivo de matriciamento há a dimensão de Apoio Matricial. Ou seja, esse termo refere-se ao que prevê a política enquanto obrigatoriedade da atenção especializada como respaldo técnico à atenção primária. Cabe destacar que essas definições não encerram o que estamos chamando aqui de dispositivo de matriciamento, mas apenas essa dimensão de apoio técnico. As palavras do autor ilustram as ações que podem se desdobrar como apoio:

O Apoio tem duas dimensões: suporte-assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai demandar uma ação clínica direta com os usuários e a ação técnico-pedagógica vai demandar uma ação e apoio educativo com e para a equipe (CUNHA, 2009, p. 27).

Entendemos que a tarefa de discutir um caso se mostra muito válida dentro do dispositivo de matriciamento e vai ao encontro do que o autor define como dimensões do apoio matricial. Isso porque ao mesmo tempo em que criam-se estratégias de intervenção conjuntas para determinado caso, este serve como matriz para reflexão das maneiras de intervir cotidianamente em casos com questões similares. Neste sentido, esta mesma tarefa pode atingir tanto um objetivo pedagógico de estudo das questões de determinada natureza nesse território, como uma ação clínica, uma vez que, ao compartilhar os impactos que a equipe sofre por atender tais questões, além de criar estratégias de atendimento, pode-se elucidar entraves não-ditos que impactam esse fazer cotidiano. “O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional” (BRASIL, 2011c, p. 14).

Gustavo Nunes de Oliveira [2008?] também aponta para dois possíveis desdobramentos para as discussões de caso em matriciamento que seriam, de acordo com o autor, o atendimento conjunto e a discussão de caso com elaboração de projeto terapêutico. No primeiro os profissionais de ambos os serviços fazem um atendimento compartilhado, visando a troca de saberes em prática, dividindo e agregando experiências e dificuldades. No segundo o autor aponta que os casos elencados para serem discutidos normalmente são os tidos como mais complexos em que a equipe encontra maior dificuldade e o intuito é revisar e problematizar o caso e pactuar um projeto de acordo com as necessidades identificadas. Ele conclui: “O exercício que o conjunto de profissionais deve fazer é o de mergulhar na singularidade do caso e, a partir da troca de informações, hipóteses explicativas e experiências, formular um projeto” (OLIVEIRA, [2008?]).

Uma vez que os CAPS fazem parte do nível de atenção especializada, é sua atribuição o apoio matricial:

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência assim

como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico (BRASIL, 2011c, p. 14 e 15).

Outra cartilha de diretrizes do SUS que discorre sobre as atribuições do NASF aponta a construção desse apoio técnico-pedagógico como um desafio em curso. Esta aponta que este desafio está relacionado com a persistência de uma cultura hierárquica e vertical do cuidado e uma consequente fragmentação da clínica. Cabe destacar que a atuação do NASF, equipe multidisciplinar que atua dentro das UBS dando suporte para as equipes de ESF, tem como pilar o apoio matricial. Destacamos um trecho:

Aliados a essa questão da cultura institucional de “verticalização” aparecem outros fatores que interferem na qualidade do cuidado ofertado na AB. Entre eles, podemos apontar: a capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos, que considerem a singularidade de cada usuário; a resolutividade clínica, o suporte técnico-pedagógico para os profissionais; o acesso a recursos situados fora da AB; os modos de organização e gestão das agendas; e o escopo das ações ofertadas na AB (BRASIL, 2014, p. 15).

As palavras de Gastão e Ana Carla Domitti (2007) acerca da busca a que se propõe este dispositivo, também elucidam seu potencial e sua relação com este trabalho:

(...) criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência no trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Tendo em vista que este dispositivo surge com o objetivo de contribuir para mudar a lógica sanitária e de especialidades nos equipamentos de saúde e diante de um contexto em que o advento das especializações médicas fragmentou os processos de saúde, presume-se que diante desse cenário a noção de promoção e prevenção de saúde acabaram por ocupar um segundo plano. Neste sentido e em consonâncias com os ideais e alicerces do SUS, cria-se a necessidade de construção de um acompanhamento horizontal, longitudinal e integral. Diante disso, entende-se a validade do investimento no dispositivo de matriciamento, supondo poder contribuir não apenas para a autonomia dos profissionais, mas também para a autonomia do usuário como protagonista em seu processo de saúde-doença. Mais uma vez as palavras de Oliveira [2008?] esclarecem sua importância: “(...) inscreve-se a aposta na capacidade de produção de saberes, em ato, que ampliem a capacidade de análise e de ação dos trabalhadores no sentido da co-produção de saúde e de autonomia” (OLIVEIRA, [2008?]).

1.4. O Matriciamento e a Busca pelo Ideal de Integralidade do Sujeito

O matriciamento, tal como proposto pelo SUS, surge com o intuito de romper com uma lógica sanitária na qual o sujeito é compreendido de maneira compartimentada pelas

especialidades médicas, buscando atingir uma nova forma de cuidado pautada no ideal de integralidade do sujeito. “O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades” (BRASIL, 2011c, p. 15).

Sendo assim, esta busca por um cuidado integral dialoga intimamente com os alicerces da Reforma Psiquiátrica, uma vez que ao ir contra um modelo de cuidado asilar e segregatório estamos indo ao encontro de uma forma de cuidado que compreenda o sujeito em sua complexidade e multiplicidade de relações como um todo. Coloca-se a doença entre parênteses para encontrar o sujeito.

Ao invés da montagem de uma linha de cuidado fragmentada por uma composição de “estações”, as quais o usuário percorre, pretendendo-se com isso a integralidade da atenção às suas necessidades, uma equipe de referência se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo para isso, apoiada por equipes de apoio matricial, até o limite já ampliado de suas possibilidades técnicas e estruturais (OLIVEIRA, [2008?]).

Desta mesma maneira, ao buscar uma “sociedade sem manicômios” – mote central dos Movimentos de Luta Antimanicomial – estamos desde o princípio almejando uma oferta de dispositivos de cuidado comunitários. Nesse sentido, como uma via de mão-dupla, esta busca dialoga intimamente com a organização do SUS exposta. Quando a cartilha prevê que, ao delimitar um território e uma população a ser atendida, pretende-se aumentar o grau de resolubilidade da intervenção, também entendemos que ela está afirmando a validade do conhecimento e aproximação dos profissionais com este território, bem como com os vínculos construídos entre estes. Igualmente, quando a política afirma que as unidades prestadoras de serviço devem formar um todo indivisível nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde, esta está reafirmando a importância de que os serviços sejam quanto mais comunitários e integrados a vida do usuário for possível.

Concordamos com essas apostas como um norte a ser seguido e, neste sentido, entendemos que o dispositivo de matriciamento consistiria em um encontro entre a Reforma Psiquiátrica e o SUS. O processo de implantação do SUS implica a construção da centralidade da atenção primária, da mesma forma que a busca por uma sociedade sem manicômios implica a construção de uma rede de cuidados comunitária. No entanto, a criação dos equipamentos e dispositivos não dá conta dessa mudança, uma vez que as formas de cuidado são um reflexo de condições sociais e culturais. Ou seja, pensar no matriciamento como importante dispositivo que une essas construções implica pensar a forma como esta funciona:

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de

forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência que não oferecem uma boa resolubilidade.

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL, 2011c, p.13).

Em nossa prática percebemos que, mesmo com a proposição de um dispositivo que almejaria essa construção horizontal, a busca pelo especialista e a lógica de passagem de caso ainda persistiam. Mesmo que o objetivo do matriciamento seja a elaboração de um projeto comum em que ambas as equipes, e ainda o usuário, se impliquem nesse cuidado a partir da discussão de caso, frequentemente o que ocorre é a passagem de informações e/ou a busca pela resposta vinda da voz do especialista. Reproduz-se em presença o que poderia ser feito através de uma ficha de encaminhamento e persistem os efeitos burocráticos citados pela cartilha do Ministério da Saúde acima. Cabe colocar que, não consideramos que a persistência desses efeitos seja algum tipo de erro, mesmo porque as exigências expressas na cartilha nos parecem um tanto idealizadas e utópicas. No entanto, esta forma sintomática de funcionamento da equipe nos pareceu algo importante a ser escutado, por dizer de um funcionamento supostamente também burocrático que traria impacto para o atendimento das equipes.

A possibilidade de construção a partir da troca de saberes, e então uma mudança de lógica, não pareciam ocorrer ali. Da mesma maneira que os profissionais do CAPS trazem um saber da clínica da saúde mental, a equipe da UBS traz um saber sobre esse território, tendo ambos a mesma importância. Sem contar a possibilidade da troca entre os diversos saberes, uma vez que ambos os serviços são compostos por equipes multidisciplinares, e ainda com a singularidade do olhar de cada profissional, desde o agente comunitário de saúde até o médico.

No processo de construção coletiva do projeto terapêutico entre as duas equipes – a de referência e a de apoio matricial –, profissionais de diversas especialidades compartilham o seu saber ao se depararem com a realidade exposta (BRASIL, 2011c, p. 16).

O ideal de integralidade do sujeito nos lembra que o mesmo sujeito que adoece psiquicamente é o que necessita de cuidados básicos em saúde. Muitas vezes o trânsito dessa pessoa na vida, bem como as relações estabelecidas com o seu território, familiares, espaços públicos e de lazer já estavam comprometidos muito antes de ser percebido algum adoecimento psíquico. Se o saber sobre a saúde (e adoecimento) mental permanecerem centrados no CAPS, pouco caminharemos na direção desta almejada integralidade do sujeito:

Portanto, o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da

saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento (BRASIL, 2011c, p. 16).

1.5. O Matriciamento como encontro

Tendo exposto as pretensões e regulamentações políticas em relação a construção do SUS e do dispositivo de matriciamento, resta-nos retornar à questão central deste trabalho: que espaços se abrem para a clínica diante desse cenário? Nota-se que o discurso político se mostra muito redondo e bem construído. Almeja-se uma completude onde a falta não se inscreve. Por traz dessas postulações lê-se a hipótese de que, caso a construção dessas políticas se efetive tal como prevista, caminharíamos sem adoecimento. No entanto, a psicanálise já nos mostrou que, do âmbito individual ao coletivo, sem o reconhecimento da falta não há espaço para emergir o novo. Não há clínica sem espaço para a negatividade.

Não apenas a psicanálise, mas outros importantes autores da saúde pública tem tentado travar esse diálogo com a clínica, apontando um caráter mais real e menos utópico dos postulados do discurso político. Citamos aqui Campos (2016) “Ao se tomar o entendimento sobre integralidade ao pé da letra, fica-nos a dúvida se estaríamos autorizados a pensar em saúde mental, ou em qualquer outro plano singular do existir em sociedade” (CAMPOS, 2016, p. 29).

Mais a frente, a luz dos dados obtidos a partir da escuta do matriciamento tal como acontece para além de como é previsto, entraremos mais diretamente na questão do negativo. Agora gostaríamos de abrir o campo para isso e propor um discurso mais poroso em relação a este dispositivo, propondo-o como um encontro. Desta feita, sugerimos uma quebra no olhar para o discurso político, pois entendemos que, na busca pela perpetuação dos dispositivos, este mostra-se fechado e sem poros no âmbito discursivo. E em seu acontecimento real, sem espaço para a circulação de afetos. Nosso objetivo, com o que estamos chamando aqui de discurso mais poroso, é encontrar sua dimensão como encontro vivo, com poros, que abre espaço para o negativo. Ou seja, além de um encontro entre as pretensões dos discursos políticos do SUS e da Reforma Psiquiátrica, gostaríamos de destacar o matriciamento como um encontro entre profissionais. Assim sendo, este dispositivo possibilita o encontro com o outro e, conseqüentemente, com o novo, bem como o encontro clínico.

Como destacado o matriciamento surge com o objetivo de substituir encaminhamentos feitos por fichas de referência e contra-referência. Assim, supõe-se proporcionar uma mudança no atendimento ao usuário a partir da aproximação entre os profissionais envolvidos no cuidado. No entanto, a criação e perpetuação do dispositivo por si só não proporciona a

mudança. Já não é novidade destacar que a mudança, assim como o novo, despertam nossos mais diversos medos e, com isso, nossas defesas. Desejamos o novo tão profundamente quanto nos defendemos dele e sustentar essa tensão exige amplo trabalho psíquico.

Neste sentido, o campo da psicanálise se mostra muito fértil para refletir sobre o encontro a qual os profissionais estão expostos, e para o qual tem que estar dispostos, no matriciamento. Isso porque os diferentes settings psicanalíticos se unem, a grosso modo, por um objetivo comum: transformar movimentos repetitivos em movimentos mais vitais a partir de uma relação inédita com um outro.

Da mesma maneira que o encontro com o outro, radicalmente diferente, nos proporciona angústia, é a vivência deste encontro que pode nos conduzir ao encontro com nós mesmos. Assim sendo, entendemos que o caminho para criar possibilidades de vivenciar esse encontro não seria o de tentar anular a angústia proveniente deste. Tentativa esta que aparece muitas vezes fantasiada em discursos tão totalizantes quanto regressivos. Mas a tentativa que se propõe seria a de criar mecanismos para juntos suportar essa angústia e, assim, possibilitar movimento, encontrando o novo.

Assim, a proposta que está sendo feita em relação às observações aqui esboçadas sobre o dispositivo de matriciamento é a de que sejam lidas com o olhar de um encontro que, como tal, proporciona o novo. Nosso objetivo está longe de ser o que busca a perpetuação do dispositivo pura e simplesmente, mas sim de ressaltar sua potência enquanto encontro, com o perdão da repetição. A perpetuação parece responder mais a um discurso totalizante que nos mantém em uma posição tão ilusória como imobilizadora. Poderemos caminhar a medida que tornarmos esse discurso mais permeável e assim encontrar sua dimensão de acontecimento real. A analogia que está aqui sendo feita é entre o matriciamento e o encontro analítico e para tal as palavras de Luís Claudio Figueiredo, ao discorrer sobre a dialética entre presença, implicação e reserva para a atuação do analista, se fazem oportunas:

É claro que uma boa dose de ilusão pode ser necessária ao processo analítico, como foi e é necessária aos processos de subjetivação. Mas a questão que estou focalizando não é a de quanto de “pessoa real”, isto é, de ilusão devemos aceitar e oferecer (FIGUEIREDO, 2008, p. 66).

Enfim, assim como a clínica se faz válida enquanto acontecimento real, ou seja, não se encerra ou explica pela teoria que a fundamenta, a escuta do matriciamento tem seu valor em buscar o que este encontro produz enquanto acontecimento, não em encerrá-lo em suas previsões.

CAPÍTULO 2: Matriciamento, um Encontro entre Profissionais - Apostando no Matriciamento como Dispositivo Grupal

2.1. O Dispositivo de Matriciamento como Acontecimento Clínico

Tendo exposto anteriormente o contexto político no qual se origina o dispositivo de matriciamento, bem como suas diretrizes e regulamentações, gostaríamos neste capítulo de propor uma ampliação dessa compreensão. Nosso objetivo é ampliar o olhar para o acontecimento no dispositivo de matriciamento, observando-o como acontecimento clínico. Neste sentido, cabe uma ressalva. Observamos que o dispositivo de matriciamento foi pensado a partir de múltiplas referências incluindo diversas dimensões, sendo a política apenas uma delas e também a destacada no capítulo anterior. Assim sendo, esclarecemos que, ao usarmos a expressão “matriciamento como dispositivo político”, estaremos enfatizando esta dimensão. A hipótese que queremos enfatizar com isso é a de que este funcionamento exclusivamente amparado no discurso político se impõe muitas vezes como perpetuação em territórios que não viveram seu processo de criação. Ou seja, a partir do momento que se torna uma política pública, e se apresenta como exigência universal no SUS, ela se transmite aos agentes como imperativo político. No entanto, temos clareza que ele foi pensado de modo mais completo. Com isso, pretendemos aqui justificar nossa proposta de que este dispositivo seja olhado como dispositivo clínico grupal. A nosso ver, a potência deste dispositivo não está em sua perpetuação, mas em seu acontecimento. Traremos aqui outros discursos sobre o grupo para começarmos a direcionar nosso olhar mais para o grupo de profissionais na situação do matriciamento do que para o dispositivo enquanto previsão e obrigação política.

Inicialmente cabe aqui caracterizar o grupo de profissionais no matriciamento em questão neste trabalho. Conforme exposto, o matriciamento constitui o encontro entre duas ou mais equipes de atendimento com o intuito de discutir e pactuar estratégias clínicas e pedagógicas de atendimento para um paciente ou um coletivo atendidos em comum. Mais especificamente, nas reuniões de matriciamento estudadas aqui, as equipes presentes seriam as de um CAPS Infantojuvenil II, um CAPS Adulto III e duas UBS do mesmo território. Assim sendo, os participantes dos grupos a serem analisados são os profissionais de saúde que compõe as equipes multidisciplinares desses serviços. Esses participantes estão centrados, em linhas gerais, em torno da tarefa de discutir casos e criar estratégias de atendimento para determinada população. Cabe ressaltar que mais a frente, junto aos dados coletados, discutiremos a questão da tarefa desse grupo, pois entendemos que não há um consenso em

relação a qual tarefa está sendo executada. Acima definimos esta de forma mais geral, apenas para caracterizar e ilustrar o grupo ao qual nos debruçaremos.

Com esta breve caracterização, já podemos supor aqui quantas relações e afetos se expressam nesse grupo. No relato do caso, demonstra-se a relação do profissional com o paciente, sua relação com a equipe de trabalho, com o seu trabalho, com o grupo e com a tarefa a ser desempenhada. Usando operadores técnico psicanalítico, que serão melhor explorados no próximo capítulo, quantas transferências podem ser compreendidas neste grupo; transferências, contratransferências, intertransferências, transferências com os colegas de equipe, transferência com o trabalho e transferência com a tarefa do grupo. Além disso, as situações que ocorrem no grupo nos conduzem a compreensão do impacto que o atendimento aos pacientes tem sobre a equipe e seu fazer cotidiano, bem como sobre o lugar ocupado socialmente por essas instituições, ou seja, instituições de cuidado e serviços de saúde pública.

O que a observação do grupo pode nos dizer e desvelar sobre a clínica e a tarefa realizadas por estes serviços? Pablo Castanho (2018), em longo e aprofundado estudo sobre um olhar psicanalítico para o trabalho com grupos em instituição, aponta: “O que vale observar é o modo como a tarefa primária (e o público que ela implica) parece determinar certas características dos processos e formações psíquicas encontradas nessas instituições” (CASTANHO, 2018, p. 124). O autor propõe que os grupos poderiam constituir um espaço de metabolização do que está em sofrimento na instituição, com o que concordamos aqui. A tarefa do grupo observado, de discutir casos e criar estratégias de atendimento para a população atendida, dialoga intimamente com a tarefa primária de ambos os serviços. A tarefa primária, termo cunhado primeiramente em *Tavistock Institute for Human Relations* de Londres (CASTANHO, 2018), designa inicialmente, aquela tarefa para a qual determinada instituição existe.

Isabel da Silva Kahn Marin, importante psicanalista que pesquisa, transmite e pratica a clínica ampliada, também evidencia a relação entre os conteúdos manifestos em um grupo e seu papel como testemunha de características da instituição em que ocorrem, sendo este um caminho de mão dupla. Destacamos aqui um estudo desta autora que discorre sobre um grupo realizado com mulheres grávidas ou em aleitamento em situação de privação de liberdade:

Os objetos produzidos durante os grupos possibilitaram que as mães materializassem o investimento em seus filhos, promovendo reflexões importantes acerca da construção de um projeto de vida para ambos, aspecto que se mostra essencial dentro de uma instituição prisional. Esses objetos ao mesmo tempo testemunhavam os processos que ali ocorriam, convocando todos que participavam da vida institucional a se posicionarem (MARIN, 2014, p. 29)

A passagem do olhar para o matriciamento como um dispositivo grupal, mesmo que este tenha surgido como um dispositivo político, se dá com base nesta compreensão de que o funcionamento dos grupos reflete o funcionamento da instituição em qual se inscrevem. Neste caso são muitas as instituições que amparam este dispositivo, ou seja, desde os movimentos políticos destacados até o funcionamento dos serviços de saúde envolvidos. Observávamos que, contraditoriamente, um dispositivo criado para estabelecer diálogo, acabava se dando de maneira burocrática e sintomática e, neste sentido, a suposição era de que isso ocorria por características próprias da natureza do trabalho e/ou do funcionamento grupal e psíquico dessas instituições. Restava no grupo o que ainda não tinha encontrado lugar para se inscrever, restos muitas vezes difíceis de serem escutados. A clínica psicanalítica, por sua vez, em seus mais diversos enquadres, se dispõe a escutar os restos que não se inscrevem e insistem em retornar enquanto não encontram uma inscrição simbólica. Com esta escuta a tentativa é a de encontrar destinos menos custosos e intoxicantes para criar movimentos mais vitais.

2.2. O Dispositivo Grupal como Ampliação da Clínica (ou Por que o Grupo?)

A clínica psicanalítica, em linhas gerais, parte da compreensão de que, no encontro com um outro, o movimento de colocar em palavras nossas experiências nos conduz ao conhecimento de conteúdos psíquicos até então obscuros a nossa consciência. A partir desse encontro, do vínculo proveniente deste e da sustentação e manejo transferencial desse outro, poderíamos atingir um maior conhecimento do sentido que está por trás de nossas escolhas e de nossa maneira de agir e nos relacionar, uma vez que esse sentido sempre guardará algo de desconhecido, de inconsciente. Compreende-se que o que possibilita esse conhecimento e transformação é a escuta que busca compreender o que vai além do dito, o que se expressa do inconsciente através do que é dito. As palavras de Freud ilustram:

Basta dizer que aqui aparece a teoria psicanalítica, afirmando que tais ideias não podem ser conscientes porque uma certa força se opõe a isto, que de outro modo elas poderiam tornar-se conscientes, e então se veria como elas se diferenciam pouco de outros elementos psíquicos reconhecidos (FREUD, 1923b, p. 17).

A ampliação da psicanálise para outros settings como o grupal surge com o intuito de atender um maior número de pessoas e difundir a psicanálise, bem como para resolver questões oriundas do próprio desenvolvimento da psicanálise referentes às temáticas da intersubjetividade e do papel do social na clínica (SILVEIRA, 2015). No Brasil, ainda acrescenta-se a necessidade de responder a grande demanda de atendimento no sistema público de saúde. Ao discorrer sobre a trajetória dessa construção e obstáculos para seu

reconhecimento, Fernando da Silveira (2015) relaciona diretamente a possibilidade do desenvolvimento de uma teoria psicanalítica para o dispositivo grupal com o suporte institucional disponível para tal a cada época.

Entende-se que este movimento de aproximação pode ser fecundo para o movimento analítico e para a clínica dos grupos. Esta última tem a potencialidade de ampliar as fronteiras da psicanálise, pois acessa fenômenos que não podem ser observados a partir do dispositivo individual. Mas, para tanto, ela depende de uma continência institucional que ofereça suporte para a construção e transmissão do conhecimento (SILVEIRA, 2015, p. 24).

No atendimento à população nos serviços do SUS, percebemos que os grupos acabam por serem usados como uma alternativa diante da impossibilidade de atender individualmente. No entanto, o dispositivo de grupo traz consigo uma potência e, nesse sentido, não pode ser compreendido apenas como um aglomerado de pessoas.

Cabe destacar que Freud (1921), em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, já anunciava a possível relação entre as descobertas psicanalíticas para uma psicologia individual e os fenômenos pertinentes à massa. O que o autor classifica como massa diz respeito a uma organização que vai além da junção ou agrupamento de indivíduos, adquirindo em si características de um todo a serem exploradas. Em suas palavras:

Teríamos que partir da constatação de que um simples grupamento não constitui ainda uma massa, enquanto aqueles laços não se estabeleceram nele, mas também admitir que em qualquer grupamento surge com facilidade a tendência para a formação de uma massa psicológica (FREUD, 1921, p. 55).

Um ponto central dessa obra, que se faz relevante destacar aqui, é a proposição de duas fundamentais formas de ligação entre os membros de uma massa. A primeira se faz em torno da figura do líder, enquanto a segunda se dá em torno dos laços libidinais entre os membros, “gostaríamos de dar valor especial a uma distinção que os especialistas não tem considerado; refiro-me àquela entre massa com líder e massa sem líder” (FREUD, 1921, p. 46). A ligação de cada indivíduo com o líder é também a causa da ligação dos indivíduos, é a promessa de um amor igualitário com essa figura que os torna pares. Ou seja, o grupo compartilha uma experiência emocional e afetiva.

Tanto em uma como na outra, a ligação da massa se constitui de forma a proporcionar ao sujeito condições nas quais passa agir e pensar de forma diferente do que faria individualmente, “Basta-nos dizer que na massa o indivíduo está sujeito a condições que lhe permitem se livrar das repressões dos seus impulsos instintivos inconscientes” (FREUD, 1921, p. 21). Isso se dá em primeiro lugar pelo número aumentado de indivíduos, trazendo uma sensação de poder que diminui suas defesas em relação a seus instintos. Em segundo lugar pelo contágio dos indivíduos e, por fim, pela maior sugestibilidade. Estes últimos, se pensarmos nas descobertas psicanalíticas, se aproximam ao fenômeno da hipnose. Segundo

Freud, tais observações e descobertas são feitas fundamentalmente com base na obra de Le Bon quase homônima “Psicologia das Massas”, por mais que faça seus questionamentos em relação a esta e ainda receba influência de outros autores.

Para uma compreensão psicanalítica do fenômeno das massas a noção de libido passa a assumir papel central, mesmo porque as observações anteriores não traziam caminhos para pensar a questão de porque os indivíduos da massa continuavam ligados. Nas palavras de Freud, “Então experimentemos a hipótese de que as relações de amor (ou, expresso de modo mais neutro, os laços de sentimento) constituem também a essência da alma coletiva” (FREUD, 1921, p. 45).

Desde a época em que Freud lançou um olhar para essa relação, muito já se avançou nesse campo. Neste sentido, as palavras de Silveira (2015) ilustram o caminho anunciados pelo pai da psicanálise e ainda o campo da intersubjetividade destacado anteriormente:

Apesar de Freud não ter trabalhado clinicamente com agrupamentos humanos, sua metapsicologia está fundamentada em uma concepção de homem que considera o funcionamento mental como sendo formado na interação do sujeito singular com o mundo que o cerca, abrindo para possibilidades de compreensão sobre as marcas que um cuidador, uma família, um grupo, uma instituição ou uma sociedade imprimem na formação da subjetividade (SILVEIRA, 2015, p. 29).

Bleger (2002) ao discorrer sobre nuances do enquadre psicanalítico, também destaca o papel central dos coletivos na constituição subjetiva individual:

O que é evidente para mim é que cada instituição é uma parte da personalidade do indivíduo. E de tal importância que a identidade – total ou parcialmente – é sempre grupal ou institucional, no sentido de que, sempre pelo menos uma parte da identidade se configura com a pertinência a um grupo, a uma instituição, a uma ideologia, a um partido, etc (BLEGER, 2002).

Assim sendo, entendemos que a importância de se pensar o grupo e, com isso, um dispositivo grupal, está desde o princípio colocada nas descobertas psicanalíticas. Não apenas pela destacada necessidade de ampliar as fronteiras técnicas e teóricas da psicanálise ou pela descoberta da ligação libidinal entre os membros do grupo. Mas principalmente porque os grupos estão colocados e emaranhados na problemática da constituição psíquica, inevitavelmente, desde o seu momento mais primitivo. Ainda neste sentido, entendemos que o dispositivo grupal permite também uma maior aproximação a esses conteúdos primitivos, derivando daí sua principal potência, principalmente em um contexto institucional.

2.3. O Retorno do Primitivo nos Grupos

Freud (1912-1913) em “Totem e Tabu” traz uma ampla pesquisa sobre autores que analisaram os sistemas totêmicos primitivos de diversas perspectivas, com o intuito de investigar sua influência no funcionamento psíquico neurótico (mais específica, mas não exclusivamente, obsessivo), bem como as formas de organização sociais à época. Uma das

principais ênfases dadas pelo autor, diz respeito a relação entre as organizações totêmica e a exogamia, ou o tabu do incesto, também privilegiado no que tange sua importância na constituição psíquica.

Aqui enfatizaremos as conclusões finais de Freud, trazendo apenas os elementos necessários para a sua compreensão, pois são estas que nos interessam em relação a passagem de uma formação primitiva organizada em torno de uma figura de líder idealizada, protetiva e temida para a formação de uma “frátria”, um grupo, uma comunidade de irmãos.

O totem é, em linhas gerais, um símbolo sagrado que dá identidade e diferencia um clã de outro. Muito frequentemente é projetado na figura de um animal, mas também pode ser representado por um vegetal. A natureza do poder atribuído ao totem, bem como a severidade de punição em relação a quebra da proibição do tabu, são misteriosas mas seriamente acreditadas. Sua origem parece clara para o líder, mas ninguém ousa questionar suas razões. As proibições do tabu são as leis do totemismo e essa crença, junto a severidade da punição, são o que garantem um funcionamento minimamente civilizado e uma continuidade do clã. Se existe uma proibição é porque existe esse desejo, não necessitaria existir uma lei para o que naturalmente não se faria. O autor afirma que o totemismo constitui uma fase regular de todas as culturas.

Quanto mais irrefutável a percepção de que o totemismo constitui uma fase regular de todas as culturas, mais premente a necessidade de chegar a uma compreensão dele, de esclarecer o enigma de sua natureza. [...] A compreensão deve ser, ao mesmo tempo, histórica e psicológica; deve informar em que condições desenvolveu-se essa instituição peculiar e a que necessidades psíquicas do ser humano ela dá expressão (FREUD, 1912-1913, p. 167).

As preocupações de Freud não giravam em torno das conclusões sociológicas que podemos tirar em relação a descrição dessas organizações sociais, mas o que elas podem iluminar em relação ao funcionamento psíquico. Assim, ele privilegia três ideias para embasar a contribuição psicanalítica para essa discussão, são estas: a concepção psicanalítica de totem, o banquete totêmico explorado por Robertson Smith e o estado primitivo da sociedade humana postulado por Darwin.

A concepção psicanalítica do totem, em linhas gerais, estende a compreensão do totem já exposta para sua relação com os sentimentos ambivalentes dirigidos ao pai. Buscando alívio para a tensão entre os sentimentos ambivalentes dirigidos a figura paterna, transfere-se os sentimentos hostis para outra figura, o totem. No entanto, não soluciona-se o conflito, posteriormente a ambivalência também é dirigida para o novo objeto.

Se o animal totêmico é o pai, o teor dos dois principais mandamentos do totemismo – os dois preceitos que constituem seu núcleo, não matar o totem e não ter relações com uma mulher do totem – coincide com o dos dois crimes de Édipo, que matou o pai e tomou a mãe por esposa, e com os dois desejos primordiais da criança, desejos

cuja repressão insuficiente ou cujo despertar forma o núcleo de talvez todas as psiconeuroses. [...] Em outras palavras, conseguiremos tornar verossímil que o sistema totêmico resultou das condições do complexo de Édipo (FREUD, 1912-1913, p. 203).

O banquete totêmico explorado por Robertson Smith (Apud Freud, 1912-1913) discorre sobre o ritual no qual o animal totêmico pode ser morto e devorado por todos os membros do clã. Ou seja, algo severamente proibido passa a ser permitido em ocasiões ritualísticas se a culpa pelo ato for partilhada pelos membros do clã e com a promessa de que, ao ingerir a carne desse animal, também herda-se parte dos poderes simbolizados no animal. Todos os membros são obrigados a ingerir a carne e, com isso, além de partilhar a culpa e a ingestão do poder, cria-se um vínculo entre os membros.

Uma vida que nenhum indivíduo tem permissão de tirar, que pode ser sacrificada apenas com o consentimento e a participação de todos os membros do clã, acha-se no mesmo plano que a vida desses próprios membros. A regra de que todo conviva da refeição sacrificial deve provar da carne da vítima tem o mesmo significado que o preceito de que a execução de um membro culpado do clã deve ser empreendida pelo clã inteiro (FREUD, 1912-1913, p. 208 e 209).

O estado primitivo da sociedade humana postulado por Darwin (Apud Freud, 1912-1913) discorre sobre as condições da horda primitiva humana que impunham a exogamia aos homens jovens através do ciúmes experimentado pelo homem mais velho. A ênfase aqui é em relação ao ciúmes que barrava os prazeres e poderes dos mais jovens e reservava-o ao mais velho, com a promessa de ele mesmo poderia desfrutar desse poder sem limites um dia.

Atkinson deve ter sido o primeiro a notar que essas condições da horda primitiva de Darwin impunham praticamente a exogamia dos homens jovens. Cada um desses jovens expulsos podia fundar uma horda semelhante, na qual vigorasse a mesma proibição de atos sexuais motivada pelo ciúme do chefe, e no curso do tempo essas circunstâncias resultariam a regra, agora consciente em forma de lei: “Nada de relações sexuais entre companheiros de horda”. Após o estabelecimento do totemismo a regra teria se transformado em: “Nada de relações sexuais no interior do totem” (FREUD, 1912-1913, p. 194).

Tendo exposto esses três chegamos à contribuição psicanalítica de Freud. Sendo o totem uma transposição da resolução edípica dos sentimentos ambivalentes dirigidos a figura paterna, é da morte do pai que estamos falando no ritual do banquete totêmico. Supõe-se que primeiro houve a morte do pai e as subsequentes mortes rituais do animal totêmico, como representação, simbolizam e relembram esse momento. O parricídio, também proibido a cada um individualmente, parece permitido no ato em conjunto. No entanto, a partir da consciência de culpa, um ato que criaria um vínculo entre os irmãos acaba por trazer mais poder ao pai, pois esse poder é introjetado. A lembrança do arrependimento do ato lembra também a imensidão dos poderes do pai. O vínculo é criado a partir da consciência de culpa comum e do poder introjetado com o ato conjunto.

A necessidade sexual não une os homens, ela os divide. Os irmãos haviam se aliado para vencer o pai, mas eram rivais uns dos outros no tocante às mulheres. Cada um desejaria como o pai, tê-las todas para si, e na luta de todos contra todos a nova

organização sucumbiria. Nenhum era tão mais forte que os outros de modo a poder assumir o papel do pai. Assim, os irmãos não tiveram alternativa, querendo viver juntos, senão – talvez após superarem graves incidentes – instruir a proibição do incesto, com que renunciavam simultaneamente às mulheres que desejavam, pelas quais haviam, antes de tudo, eliminado o pai (FREUD, 1912-1913, p. 220).

Nesta exposição percebemos que, por mais que haja a tentativa de criar um regime baseado em pares, este ainda se dá projetado na figura de que há alguém mais forte que poderia seguir ocupando o lugar poderoso anteriormente ocupado pelo pai. No entanto, mesmo que se crie a expectativa de cada um de se tornar tão poderoso quanto o pai, é importante que nenhum deles possa se tornar como tal, para que outro regime possa se criar.

Em virtude da pressão que o bando de irmãos exercia sobre cada um deles, esse desejo tinha que ficar insatisfeito. Ninguém mais podia nem era capaz de alcançar a plenitude de poder do pai, a que todos haviam aspirado. Assim, após um longo período pôde se abrandar a irritação contra o pai, que impelira o ato, o anseio por ele pôde aumentar, e foi possível nascer um ideal que tinha por conteúdo o ilimitado poder do pai primevo, outrora combatido e à disposição de a ele sujeitar-se (FREUD, 1912-1913, p. 226).

Ou seja, o poder do pai, que operava como organizador e civilizatório, é substituído por um ideal. Dai derivariam os regimes religiosos ou a ideia de Estado, ou seja, instituições poderosa descendentes dos sentimentos dirigidos ao pai que também organizam e regulam o grupo submetido a elas. Freud defende uma herança afetiva dessas organizações nas organizações grupais posteriores. Para nosso problema de pesquisa interessa a questão da necessidade de um substituto da figura de poder também na organização entre pares. Ou seja, com a morte do pai, mesmo que se crie a possibilidade de uma emancipação e da formação de um regime de poder mais igualitário, psiquicamente seguimos buscando esse pai todo poderoso que daria conta misteriosamente da complexidade dessa organização. Ainda acrescentamos que com a morte do pai cada irmão introjeta seus poderes a sua maneira, o que dificulta ainda mais a criação de algo da ordem com compartilhado. O que seria compartilhado, então seria a ausência do pai, sua falta e a culpa deixada por sua morte.

2.4. Da Importância do Negativo à Construção do Caso Clínico em Saúde Mental

Em “O Futuro de uma Ilusão”, Freud (1927) interroga-se a cerca da construção das instituições, bem como da cultura, como algo dúbio. Ao mesmo tempo em que as instituições são criadas para dar conta da precariedade humana e da tentativa sempre falha de racionalizar nossas pulsões, são elas mesmas passíveis de destruição pelo homem. Isso porque as condições civilizatórias, que possibilitam uma vida comum, são um sacrifício para nossos impulsos, tanto amorosos como hostis. Seguindo sua argumentação, o pai da psicanálise explicita que o caráter muitas vezes questionável e criticável das instituições não se deve a forma como foram criadas ou às características pessoais de seus líderes, mas a própria

problemática inerente a essa condição. Neste sentido, ele aponta o ponto máximo que podemos alcançar quando almejamos uma mudança cultural:

Provavelmente, determinada percentagem da humanidade sempre permanecerá associal, devido a uma predisposição doentia ou a um excesso de força instintual, mas, se for possível converter em minoria a maioria que hoje é hostil à cultura, muito se terá alcançado, talvez tudo que se pode alcançar (FREUD, 1927, p. 238).

Ou seja, não encontraremos uma solução total para a problemática civilizatória, poderemos sempre nos aproximar e cercear a questão. Ainda na mesma obra, o autor segue fazendo uma análise sobre as ideias religiosas. Freud retoma a constituição psíquica infantil que, quando ocorre de forma suficientemente satisfatória, implica uma perda da ilusão de plena satisfação, ilustrada na figura paterna, tão temida quanto desejada. Com isso, a religião traria de volta essa vivência infantil - e que seguimos buscando - de que existe alguém que zela por nós e está no controle. Ou seja, assim como a figura paterna, ameaçador e protetivo. O que definiria a religião como algo de caráter ilusório, neste sentido, seria justamente essa sua promessa de totalidade. Assim, em contrapartida, finalmente o autor propõe que a validade das ciências está justamente em seu caráter falho. Em suas palavras: “Não, nossa ciência não é uma ilusão. Seria ilusão, isto sim, acreditar que poderíamos obter de outras fontes aquilo que ela não pode nos dar” (FREUD, 1927, p. 301).

Mais a frente, em “Acerca de uma visão de mundo”, texto que conclui as “Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise”, Freud (1933) retoma este caráter da religião como uma instância que encontra seu valor em oferecer ao ser humano uma vivência de completude já experimentada outrora, em uma fase primitiva de nossa constituição psíquica. Dessa vez, essa análise é feita para contribuir para a questão sobre uma possível ‘visão de mundo’ que a psicanálise traria consigo. Nesse sentido, Freud discorre sobre o caráter e os objetivos da ciência e em que medida a arte, a filosofia e a religião poderiam ameaçá-la no que tange a conquista de espaço e de adeptos para uma compreensão do mundo. O autor também passa pelas visões de mundo trazidas pela anarquia e o marxismo. No entanto, em toda a sua argumentação, dedica especial atenção à religião.

Em contrapartida aos promissores ideais religiosos, que exerceriam o que ele chama de ‘proibição do pensamento’, Freud expõe a ciência como algo que avança dentro de limites reais. Ou seja, a visão de mundo pretendida pela ciência não deve ser um saber que dê conta da precariedade do existir humano, nem que seja livre de críticas, seu valor está justamente no contrário disso. Ele conclui:

A psicanálise não é capaz, penso eu, de criar uma visão de mundo que lhe seja própria. Ela não necessita de uma, é parte da ciência e pode se filiar a visão de mundo científica. Mas dificilmente esta mereceria um nome assim grandioso, pois não contempla tudo, é demasiado incompleta, não reivindica ser totalmente coesa e

constituir um sistema. O pensamento científico é ainda muito novo entre os homens, não pôde ainda resolver um número enorme de grandes problemas. Uma visão de mundo baseada na ciência tem, salvando a ênfase no mundo externo real, traços essenciais negativos, como a resignação à verdade e a recusa das ilusões (FREUD, 1933, p. 354).

O principal ponto dessas comparações que gostaríamos de destacar aqui é a importância de que o conhecimento científico – e a psicanálise – não se apresentem como um saber total. O desenvolvimento científico atribui-se justamente a seu caráter faltante.

Lacan (1969-1970), em seu seminário, livro 17 – “O Averso da Psicanálise”, também se debruça sobre a questão do saber, ressaltando o valor de sua incompletude. Para isso, propõe uma teoria dos discursos, retomando os três impossíveis postulados por Freud: educar, curar (ou psicanalisar) e governar. Em sua formulação, os discursos correspondem respectivamente ao discurso do universitário, ao discurso do analista e ao discurso do mestre, sendo o discurso do analista o que sustenta essa não totalidade. O autor ainda acrescenta um quarto impossível que por sua vez corresponde ao discurso da histérica. Marco Antonio Coutinho Jorge (2002) destaca:

É bom recordar que o próprio Lacan chama atenção para o fato de que seus quatro discursos recobrem as (três) atividades mencionadas por Freud como sendo, na verdade, profissões impossíveis, ou seja, lembra que esses discursos se referem fundamentalmente a impossibilidades (JORGE, 2002, p. 17).

Assim como as ideias de Freud expostas anteriormente que marcam a validade da psicanálise e da ciência se constituírem como saber não-total, o discurso do analista traz essa marca consigo, por isso seu destaque aqui. O discurso do analista se opõe ao discurso do mestre, não pretende trazer uma verdade. Ainda segundo Jorge (2002):

Seguindo as próprias indicações de Lacan, considero fecundo tomarmos o discurso do psicanalista como o ponto de referência principal para estabelecer a leitura dos demais discursos. A partir da descoberta de Freud, o discurso do psicanalista veio não só introduzir uma nova forma de liame social, como também permitir que os outros discursos pudessem ser isolados como tais. O primeiro ponto a se destacar é que o discurso do psicanalista tem como dominante o avesso do discurso do mestre, e esse constitui um dos aspectos centrais de *O seminário, livro 17* e dá a ele seu título (JORGE, 2002, p. 29, grifos do autor).

Ou seja, em contrapartida ao discurso do mestre, o discurso do analista abre espaço para a falta, permitindo escutar o que o outro fala. Não existe uma verdade total preestabelecida, mas a verdade se faz e desfaz ao escutar um outro. Neste sentido, articulando com os ideais da Reforma Psiquiátrica expostos anteriormente, não se pretende construir um saber que dê conta e explique o fenômeno da loucura, mas abre-se para as formas mais singulares do existir humano. Abre-se para escutar, não definir ou patologizar. Voltando as palavras de Lacan (1969 – 1970):

O que é a verdade como saber? Seria o caso de dizê-lo: como saber sem saber?
É um enigma. Esta é a resposta - é um enigma -, entre outros exemplos. E vou dar-lhes um segundo.

Os dois têm a mesma característica, que é o próprio da verdade – a verdade, nunca se pode dizê-la a não ser pela metade. (LACAN, 1969 – 1970, p. 33)

Além da ênfase no caráter faltante da verdade, trouxemos aqui a contraposição entre os discursos do analista e do mestre em Lacan para embasar a proposta de Viganò (1999) para a construção do caso clínico como resposta clínica a segregação que pode se criar com o caso em saúde mental. Em suas palavras, “a posição do analista na instituição é aquela de construir o caso clínico” (VIGANÒ, 1999, p. 45). O que o autor traz como proposta para a construção do caso se relaciona com o que estamos propondo como reconhecimento do negativo, e entendemos que a discussão de Viganò nos aproxima do contexto matriciamento. A relação entre o discurso do analista e a construção do caso também é traçada por Viganò:

Essa escritura do discurso do analista é o que constitui a construção do caso clínico, portanto o discurso do analista não se apresenta somente no momento em que se inicia uma análise, mas é uma forma de trabalhar, que pode também ser reproduzida na instituição (VIGANÒ, 1999, p. 45).

A construção do caso clínico pelos profissionais permitiria que a singularidade de cada caso constituísse seu próprio saber e o caminho para que o paciente se interrogue sobre o seu sofrimento. Assim como no percurso da análise, pretende-se nesse caminho a passagem do discurso do mestre ao discurso do analista, como o que permite o reconhecimento da falta e, assim, a interrogação:

Construir o caso clínico é preliminar à demanda do paciente. Em outros termos, é colocar o paciente em trabalho, registrar seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam para que o analista esteja pronto a escutar a sua palavra, quando esta vier. E isto pode levar muito tempo (VIGANÒ, 1999, p. 45).

Ainda seguindo Viganò (1999), o autor segue essa discussão afirmando a construção do caso clínico como um eixo importante para o trabalho em equipe. A construção do caso a partir do debate democrático entre diversos profissionais passa a constituir um saber sobre o caso que operaria como autoridade no tratamento de cada paciente.

Neste sentido, Viganò (1999) retoma o discurso do analista de Lacan, ressaltando que “a construção de um caso é o discurso mesmo do psicanalista, que parte sempre do particular” (VIGANÒ, 1999, p. 44). O autor também contrapõe esse discurso ao do mestre, afirmando que em saúde mental abrimos mão do discurso do mestre. Com a passagem para um tratamento em que não há mais uma disciplina que detém um saber absoluto, passa-se a atuar com equipe multidisciplinar. Quando pensamos a multidisciplinaridade, a proposta não é substituir e criar outro saber que dê conta, mas abrir lugar para a falta. Com isso, o saber passa a ser essa construção entre os pares profissionais, “Minha proposta é que seja a construção do caso a produzir uma nova autoridade, que eu chamaria de autoridade clínica” (VIGANÒ, 1999, p. 46).

Ou seja, uma vez que a clínica surge onde há espaço para falta e, com esta, a possibilidade da criação, marcar esse espaço para o negativo parece anunciar uma possibilidade para a busca pela clínica. Em seus questionamentos, Viganò (1999) afirma o valor desse caminho ao alertar que “nós não podemos regredir ao saber do mestre” (VIGANÒ, 1999, p. 46). A pretensão de criar um discurso que dá conta do real, nos distancia do real e de toda a sua complexidade.

Se há algo que toda a nossa abordagem delimita, que seguramente foi renovado pela experiência analítica, é justamente que nenhuma evocação da verdade pode ser feita se não for para indicar que ela só é acessível por um semi-dizer, que ela não pode ser inteiramente dita porque, para além da sua metade, não há nada a dizer (LACAN, 1969 – 1970, p. 49).

2.5. A Escuta do Grupo de Profissionais como Forma de Cuidado ao Paciente

Um autor que encontra destaque no trabalho com profissionais de saúde como forma de ampliar o cuidado com usuários nos serviços de saúde pública é Michael Balint. Cabe ressaltar que nossa entrada no campo de autores que propunham um diálogo da psicanálise para outros settings se deu através desse autor. Nosso interesse se deu pois suas contribuições se aproximam de nossa investigação em alguns pontos, destacamos três a seguir. Primeiro, por sua importante trajetória em grupos com médicos generalistas na saúde pública; segundo, por sua contribuição em relação ao impacto da contratransferência no atendimento do paciente; e, por fim, por ser uma referência central para a literatura sobre matriciamento no Brasil. Com isso, a ênfase dada aqui a esse autor se dá pelo campo de diálogo entre grupos, psicanálise e saúde pública, tripé fundamental de nossos questionamentos.

Em seu livro “O Médico, seu Paciente e a Doença”, Balint (1988) expõe sua descoberta ocorrida em um seminário na Clínica Tavistock. Estes seminários tinham como objetivo estudar as implicações psicológicas na prática clínica da medicina e, interrogando-se sobre substâncias mais prescritas por médicos clínicos, ele conclui:

A discussão revelou rapidamente – com certeza não é a primeira vez que isso ocorre na história da medicina – que a droga mais frequentemente utilizada na clínica geral era o próprio médico, isto é, que não apenas importavam o frasco de remédio ou a caixa de pílulas, mas o modo como o médico os oferecia ao paciente – em suma toda a atmosfera na qual a substância era administrada e recebida (BALINT, 1988, p. 1).

Neste sentido, Balint segue sua argumentação, que introduz esse livro, ressaltando a importância de se estudar em que doses o médico deve prescrever a si mesmo e a importância da prática clínica para a descoberta dessa posologia. O método adotado para a investigação dessa questão foi o grupal.

Cunha (2009) ao ressaltar essa compreensão de Balint destaca seu apontamento acerca das dificuldades da realização de uma clínica na atenção primária em consonância com essa perspectiva. Em suas palavras:

havia já uma consciência de que era bastante difícil fazer a clínica na atenção primária sem conhecimentos a respeito da dinâmica psicológica dos pacientes. Havia então um intenso movimento para fornecer cursos aos médicos sobre psicologia e psicoterapia na clínica médica (CUNHA, 2009, p. 55).

Neste sentido, ainda segundo Cunha (2009), Balint defendia a compreensão de que o fornecimento de elementos teóricos não daria conta deste déficit, uma vez que o fazer psicoterápico necessita de recursos pessoais acima dos conhecimentos teóricos. Em busca de dispositivos que contribuíssem para a investigação e solução do problema, o médico e pesquisador propôs o que viria posteriormente a se chamar Grupos Balint. Ou seja, anunciava-se o valor do dispositivo grupal como potente para a construção de recursos ao profissional de saúde.

A proposta de grupo mantinha relação com o que se sabia sobre o método psicanalítico à época. Como exemplo, neste era feita a opção pelo relato oral dos casos em detrimento de manuscritos, o que se aproximava especialmente da noção de “livre associação”. Nas palavras de Balint, “Propusemo-nos a criar uma atmosfera livre, de dar e receber, na qual cada um pudesse apresentar seus problemas, com a esperança de iluminá-los graças à experiência dos demais” (BALINT, 1988, p. 3). Mais a frente, Balint acrescenta: “Só é possível obter uma informação sincera sobre o aspecto emocional da relação médico-paciente se a atmosfera da discussão é livre o bastante para permitir ao médico que fale espontaneamente” (BALINT, 1988, p. 4). Mais do que a relação com a noção de associação livre, anuncia-se aí também a noção da existência de um campo transfero-contratransferencial no grupo.

A tarefa de falar sobre o caso permitia que os médicos analisassem não apenas a dinâmica do paciente em relação ao seu adoecimento, mas também o seu papel, sentido e reações frente a este, apurando assim a sua sensibilidade profissional e perceptiva.

Outro autor importante ao falar em grupos Balint é Juan Adolfo Brandt (2009). O autor destaca, dentre diversos marcos da trajetória de Michael Balint, seus méritos em relação à ampliação do campo teórico da psicanálise e do desenvolvimento de constructos necessários ao setting grupal.

Nas palavras do autor ficam claros os pressupostos de Balint:

Consideramos que o nosso psiquismo é fundamentalmente grupal, constituído em relação, inicialmente na relação bebê-mãe, depois no conjunto das relações primárias, para finalmente chegarmos à complexidade das relações do mundo adulto (BRANDT, 2009, p. 203).

Ao propor um modelo de grupo, segundo Brandt (2009), Balint teve como base algumas experiências com médicos e como supervisor de grupos de assistentes sociais. Nestas experiências fica clara a ênfase do olhar do pensador em relação a importância de que o grupo seja um espaço que propicie um conhecimento que vá além do campo cognitivo. As palavras do autor explicitam sua conquista nesse sentido: “O seminário médico tradicional foi transformado em um processo grupal cujo objetivo é constituído pela relação do médico com o paciente em função da doença” (BRANDT, 2009, p. 204). Este trecho também deixa claro sua compreensão de que a análise da contratransferência se faz potente nesse contexto.

Além das especificidades desse formato de grupo esclarecidas anteriormente, Brandt (2009) ainda esclarece outras que dialogam com esse trabalho. O foco do grupo seria a investigação do que ocorre na relação entre médico e paciente, servindo como espaço de ampliação dos recursos humanos desses profissionais para lidar com diversas situações. O grupo quando constituído de maneira que proporcione um ambiente de harmonia e confiança, permite ao profissional ter conhecimento de suas habilidades que estão em jogo na relação, ou em situações, com determinados pacientes. Cabe ressaltar que o foco do grupo não era psicoterápico, de forma que os conteúdos a serem tratados neste espaço diziam respeito aos objetivos e a formação profissional comuns aos participantes, assim como nos grupos de profissionais envolvidos no matriciamento.

Outro importante trabalho que ilustra a potência do grupo como forma de ampliar a intervenção do profissional de saúde e que também toma como base para a intervenção grupal conceitos de Balint é o de Maria Luíza Ferreira Forjaz e Marina Ribeiro (2006). Discorrendo sobre a intervenção com grupos de médicos residentes com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre o atendimento de pacientes em hospital público de São Paulo, as autoras ressaltam a importância de considerar aspectos subjetivos dos pacientes. Essa reflexão promoveria tanto a possibilidade de um diagnóstico do sujeito como um todo, e não apenas da doença, como um espaço para a elaboração de fantasias de onipotência e impotência desses profissionais, bem como precariedades institucionais, que muitas vezes acarretam sofrimento e adoecimento psíquico. Como resultado desse processo as autoras apontam: “Houve uma ampliação e sensibilização do olhar clínico tendo como consequência um entendimento maior e melhor do paciente” (FORJAZ; RIBEIRO, 2006).

A inter-relação entre o que acontece nos espaços de supervisão e/ou de reflexão *a posteriori* e o atendimento ao paciente também é ilustrada a partir da noção de Processo Paralelo (MORRISSEY; TRIBE, 2001). Os autores discorrem sobre o fenômeno do Processo Paralelo, destacando seu potencial como forma de intervenção na supervisão. Tendo sua

origem no conceito psicanalítico de transferência, e já tendo sido chamado de outros nomes através da literatura, segundo os mesmos autores, este fenômeno é definido pela forma como a relação transferencial entre paciente e analista se replica inconscientemente na situação da supervisão na relação entre supervisionando e supervisor. Nas palavras de Morrissey e Tribe (2001):

A análise sistemática dos fatores inconscientes que influenciam o supervisor e supervisionando tem sido amplamente circunscrita à descrição e discussão do processo paralelo. Ou seja, a transferência do supervisionando e a contratransferência do supervisor dentro da situação de supervisão parecem replicar o que está acontecendo na sessão de terapia¹⁰ (MORRISSEY; TRIBE, 2001, p. 104, tradução nossa).

Dessa mesma maneira, o que ocorre na relação analítica também se reflete na relação de supervisão, sendo esse o seu potencial de intervenção. Ou seja, a partir da maneira que o supervisor intervém na relação com o supervisionando desvenda-se uma maneira de agir na situação transferencial vivida com o paciente, o que também pode se refletir na situação analítica. Castanho (2018) também discorre sobre o tema e destaca:

Nesta perspectiva, entendemos que através do processo paralelo é possível reviver, no aqui e agora das relações da supervisão (em grupo ou individual), aspectos que na situação de atendimento não encontraram seu caminho pelas palavras (CASTANHO, 2018, p. 232).

Morrissey e Tribe (2001) ainda destacam que a habilidade do supervisor em lidar com os processos paralelos tem como um de seus objetivos principais um meio de propiciar recursos para o supervisionando a lidar com algumas situações.

Supomos que no grupo de matriciamento também possa se reproduzir situações vividas com os pacientes, ou seja, ocorrer algo semelhante ao fenômeno de processo paralelo. Assim sendo, através da escuta do grupo de profissionais, seria possível uma intervenção em que o grupo fosse conduzido a uma leitura do que se expressa do paciente ali e pudessem pensar em formas de lidar com determinadas situações.

Outro fenômeno semelhante, ou seja, que se refere ao reflexo de situações de atendimento em outro enquadre, é o denominado Câmara de Ecos. Este se aproxima ainda mais com o que ocorre nas discussões de caso nas reuniões de matriciamento, por se tratar de uma reunião entre pares, onde não há a figura clara de um supervisor. Castanho (2018) também discorre sobre este fenômeno e assemelha-o ao Processo Paralelo, afirmando que este por sua vez fora desenvolvido pela corrente francesa, tendo Jean Pierre Vidal (2006, apud Castanho, 2018) como principal referência. Uma importante diferença é que os grupos

¹⁰ “Systematic examination of the unconscious factors influencing the supervisor and supervisee has been largely limited to the description and discussion of parallel process. That is, the transference of the supervisee and the countertransference of the supervisor within the supervisory situation appear to replicate what is happening in the therapy session.”

estudados por Vidal ocorriam de forma horizontal, sem que ninguém ocupasse o lugar de supervisor.

Em relação ao processo paralelo, Vidal traz duas importantíssimas contribuições. A primeira é de como o fenômeno não se restringe a discussões de caso, mas está presente nas diferentes tarefas de seu grupo de pesquisa (...). A segunda, ainda mais importante por sua originalidade, é a de que este fenômeno ocorre mesmo na ausência de uma pessoa em situação de suposto saber, de um supervisor em posição hierarquicamente definida (CASTANHO, 2018, p. 238).

Assim sendo, a dinâmica do atendimento se reproduziria na dinâmica grupal como um todo, e não na transferência vertical com o supervisor. Neste sentido, o autor ainda levanta uma hipótese que nos parece interessante acerca de que transferência seria essa, trazendo a ideia de transferência com a tarefa. Entendemos que essa compreensão pode ser frutífera para pensar o que ocorre em torno das discussões de caso em matriciamento. Nas palavras de Castanho:

Nossa hipótese é a de que nas situações narradas por Vidal – e que no mais são igualmente percebidas e testemunhadas em nossa experiência – os membros do grupo de colegas comprometem-se (em diferentes graus, é verdade) em ouvir e pensar sobre o relato do companheiro, e é esse compromisso comum que exerce o papel de “atrator”. Dito de outro modo, é a tarefa que estes colegas se dão que constitui-se em um objeto de transferência (CASTANHO, 2018, p. 239)

Outro fenômeno que se aproxima e encontra diálogo com o que ocorre no dispositivo de matriciamento, é o de Homologia Funcional. Esta nomenclatura foi proposta por Pinel sobre o fenômeno anteriormente descrito por Bleger (apud CASTANHO, 2018). Este se refere a noção de que a instituição assume características semelhantes as da demanda atendida e essas características acabam por se reproduzir em outros espaços:

Bleger tampouco deixou de perceber esse fato, afirmando que ‘Por responder às mesmas estruturas sociais, as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm que enfrentar’ (BLEGER, 1966/1999, p. 91, grifo do autor). A mesma ideia é expressa em dois textos distintos, originalmente de 1970 (BLEGER, 1999). (CASTANHO, 2018, p. 126).

Desroche e Rouchy (2005) ao discorrer sobre as diferentes formas de análise nas instituições, também destacam a percepção de que a famosa máxima de Bleger também se confirma em sua ampla prática em análise institucional:

Lembramos, para concluir, que encontramos constantemente, qualquer que seja o dispositivo, a questão levantada por J. Bleger sobre a reprodução, por toda organização ‘dos problemas que ela tenta enfrentar e para o qual ela foi criada’ (DESROCHE; ROUCHY, 2005, p. 101).

Supomos que as reuniões de equipe, incluindo as de matriciamento, seriam espaços onde essa tendência de repetição poderia ser constata.

CAPÍTULO 3: Alguns Operadores Teórico-Técnicos da Psicanálise

3.1. Transferência e Contratransferência (ou o Campo Transfero-Contratransferencial)

Neste momento esperamos que o leitor tenha transferido suas interrogações em relação ao que acontece no dispositivo de matriciamento para: o que acontece psiquicamente com o grupo de profissionais. Um dispositivo não é algo que acontece por si só, mas algo que temos que nos apropriar, instituir, o que exige criatividade. Para amparar esses questionamentos, exploraremos aqui diversos operadores teórico-técnicos psicanalíticos que acreditamos poder auxiliar na compreensão dos dados que serão apresentados a seguir. A tentativa aqui é de começarmos a nos aproximar deste grupo de maneira mais clínica do que política.

A transferência constitui pilar fundamental da clínica psicanalítica de maneira que a elaboração de uma teoria sobre a transferência é eixo constituinte da atuação do psicanalista em todo e qualquer setting. Por mais que haja muitas discussões e controvérsias entre as diferentes correntes da psicanálise em relação a alguns conceitos ou mesmo aos enquadres possíveis para a psicanálise, pode-se dizer que há um consenso em relação ao papel central e fundamental da transferência para a atuação do psicanalista. Nas palavras de Castanho (2015): “Lembremos que, após um primeiro momento, em que aparece como obstáculo ao tratamento, Freud logo concebe a transferência como central na técnica psicanalítica” (CASTANHO, 2015, p. 116).

Esclarecida a sua importância, supõe-se os riscos de defini-la brevemente, bem como a fertilidade do campo já produzido sobre esse conceito. No entanto, não cabe aqui nos debruçar sobre esse tema, mas pretende-se trazê-lo para embasar seus desdobramentos para o manejo no dispositivo de grupo e ainda pensar o que pode estar em jogo no grupo de profissionais. A transferência pode ser definida, em linhas gerais, como a atualização de conteúdos e lugares ocupados e vividos, principalmente em nossas relações amorosas constitutivas, em relações estabelecidas posteriormente, bem como na relação analítica. Esses conteúdos são principalmente inconscientes e ao serem atualizados e repetidos em outro enquadre, especificamente na relação e enquadre analítico, encontram possibilidades de serem reeditados e transformados, de forma a possibilitar a ressignificação do sofrimento experimentado pelo sujeito.

A TRANSFERÊNCIA. Se ainda for necessária mais uma prova para a tese de que as forças motrizes da formação do sintoma neurótico são de natureza sexual, ela estará no fato de que durante o tratamento analítico produz-se normalmente uma relação

afetiva especial do paciente com o médico, relação que ultrapassa a medida racional, que varia entre a mais tenra devoção e a mais dura hostilidade e que retira suas peculiaridades das atitudes amorosas antigas do paciente, que se tornaram inconscientes. Essa *transferência*, que tanto em sua forma positiva como na negativa põe-se a serviço da *resistência*, torna-se o mais poderoso auxiliar do tratamento nas mãos do médico, e desempenha, na dinâmica do processo de cura, um papel que dificilmente se pode exagerar (FREUD, 1923, p. 291 e 292).

Entendemos que a transferência constitui um elemento central em toda e qualquer relação de atendimento e, assim sendo, seus efeitos ressoam em todos os enquadres necessários e disponíveis ao atendimento. Neste sentido, destacamos a importância de que a transferência seja escutada e cuidada, sendo este o principal caminho para a compreensão dos casos.

A contratransferência, por sua vez, poderia ser compreendida como a vivência do analista diante da transferência dirigida a ele. Esta vivência pode dizer respeito tanto a conteúdos psíquicos e inconscientes pessoais do analista, que devem ter seu próprio espaço para serem escutados, ou seja, análise pessoal e supervisão; como podem se relacionar com conteúdos transferenciais do analisando que não encontram outra maneira de serem comunicados e, através da contratransferência, o analista pode conduzi-lo a compreensão desses conteúdos.

Paula Heimann (1949), importante referência no que tange as discussões acerca do tema da contratransferência, expõe a compreensão de que a busca pelo ideal de um analista neutro, que deve combater os sentimentos que tem por seu analisando, se deve a má interpretação de algumas colocações de Freud. Em contrapartida, expõe uma outra corrente, que tem como importante nome Ferenczi (HEIMANN, 1949), que reconhece os sentimentos experimentados pelo analista e o valor de que sejam inclusive comunicados abertamente em alguns momentos da análise. A autora refere-se ao termo contratransferência como definição para todos os sentimentos experimentados pelo analista diante do paciente, mesmo que nem sempre sejam distinguidos nitidamente de outros sentimentos. Heimann afirma o valor da contratransferência como ferramenta para o analista:

Minha tese é que a resposta emocional do analista frente a seu paciente na situação analítica representa uma das mais importantes ferramentas para esse trabalho. A contratransferência do analista é um instrumento de exploração dentro do inconsciente do paciente¹¹ (HEIMANN, 1949, p. 2, tradução nossa).

Nesta passagem fica clara a compreensão da contratransferência como forma de comunicação de conteúdos inconscientes. O que distingue a relação analítica de qualquer outra não são os sentimentos assimétricos entre os envolvidos, ou seja, o paciente que sente e

¹¹ “Mi tesis es que la respuesta emocional del analista hacia su paciente en la situación analítica representa una de las más importantes herramientas para este trabajo. La contratransferencia del analista es un instrumento de exploración dentro del inconsciente del paciente”.

o analista que recebe de forma intelectual e imune, compreensão que ainda estaria amparado naquele ideal de analista neutro. Mas essa distinção se deve as habilidades do analista em suportar esses sentimentos e coloca-los a serviço da análise. Neste sentido, a autora ainda enaltece o valor da escuta dos sentimentos do analista como algo que lhe conduz a uma comunicação inconsciente com o paciente, o que em uma análise é muito mais valioso do que sua compreensão consciente sobre a situação. Nas palavras da autora:

Em minha opinião o critério de Freud de que o analista deve “reconhecer e dominar” sua contratransferência não levaria à conclusão de que a contratransferência é um fator disruptivo e que o analista deveria chegar a ser insensível e isolado, mas ao contrário que ele deve usar suas respostas emocionais como uma chave ao inconsciente do paciente¹² (HEMANN, 1949, p. 3, tradução nossa).

No entanto, cabe destacar que a análise pessoal do analista se faz fundamental diante dessa compreensão, sendo este o caminho para a compreensão de quais desses sentimentos se referem a conteúdos pessoais e quais espelham as cenas inconscientes do paciente. Mesmo que estes não possam ser completa e intelectualmente separados e nem há uma pretensão que o sejam, uma vez que trata-se de um campo relacional.

Figueiredo (2008), também reafirma a importância de uma postura mais afetiva do analista ao falar sobre os desafios de alternar implicação e reserva em sua presença no aqui-agora da situação analítica. O autor o afirma embasado não apenas em uma importante prática clínica, mas também em sua leitura dos textos técnicos de Freud, ou seja, vai ao encontro das colocações anteriores acerca da equivocada interpretação que levava a um analista não afetivo. Em suas palavras, ao falar da atuação do analista neste aqui e agora criado pelo campo transfero-contratransferencial:

Sem dúvida, Freud já sabia disso. Por outro lado, sabemos que ele sempre fora muito desconfiado diante das chamadas respostas contratransferenciais. A possibilidade de vê-las não só como obstáculos, mas como ingredientes inevitáveis e, mais que isso, indispensáveis na construção do espaço analítico, a possibilidade de também delas tirar partido para levar o processo analítico adiante, significou, no meu entender, uma ampliação do *insight* freudiano que, ao defender uma entrega do analista ao seu próprio inconsciente, já supunha que a implicação pessoal do analista no processo de cura – em termos afetivos e intelectuais – era uma necessidade (FIGUEIREDO, 2008, p. 28, grifos do autor).

Os fenômenos da transferência e contratransferência, de acordo com a nossa compreensão, não se dão de maneira desvinculada, por isso preferimos o uso do termo campo transfero-contratransferencial. Neste campo já não estamos mais falando de uma dinâmica de dois separados que se relacionam e transferem sentimentos e conteúdos de um a outro, mas de algo comum, que não diz respeito nem a um nem a outro, mas aos dois em relação.

¹² “En mi opinión el criterio de Freud de que el analista debe “reconocer y dominar” su contratransferencia no llevaría a la conclusión de que la contratransferencia es un factor disruptivo y que el analista debería llegar a ser insensible y aislado, sino más bien que él debe usar sus respuestas emocionales como una llave al inconsciente del paciente”.

3.2. Considerações sobre o Impacto Transferencial do Atendimento ao Profissional de Saúde e o Grupo neste Contexto

Ao destacar a importância do afeto na articulação entre o conhecimento e a prática clínica enquanto acontecimento, estamos destacando também a importância do cuidado ao profissional que se dispõe a cuidar. Aproximando a discussão para a questão da transferência no atendimento em equipes de serviços de saúde e assistência social, George Gaillard (2015) traz importantes contribuições para o campo. O autor aponta a possibilidade da transferência ser usada como ferramenta nesse campo. Em suas palavras: “No campo da psicoterapia ou do trabalho social, ocupar a posição de profissional e esperar como resultado a transformação ou o acompanhamento dos usuários supõe prestar-se a transferência” (GAILLARD, 2015, p. 224).

As instituições de saúde e assistência social são muitas vezes destinadas a cuidar do que a sociedade não pode dar lugar. Violências, casos limite, vínculos frágeis e disruptivos, abandonos, entre outras situações e sentimentos difíceis de vivenciar e testemunhar, mas que fazem parte do humano. São instituições que tem como tarefa simbolizar o que não pode ser simbolizado em um momento psíquico constitutivo. No texto acima citado, ao falar sobre a importância de dar lugar para a pulsão de morte nos atendimentos, o autor equipara o potencial terapêutico de uma equipe a sua possibilidade de se aproximar desses afetos arcaicos, destrutivos e mortíferos. A aproximação a esses afetos lhes concede um lugar de humano e, humanizando-os, possibilita que sejam vivenciados não mais como catastróficos ou alienantes. Nesse sentido, Gaillard (2015) aponta a importância do grupo como lugar de pertencimento ao profissional e como fundamental nesse processo de humanização e mudança de status desses afetos vivenciados como mortíferos. O autor ressalta a importância da existência dos espaços *a posteriori* de discussão em equipe e grupo para a legitimação desses sentimentos como humanos:

Esses afetos podem ser *humanizados*, à medida que são reconhecidos por outros como constitutivos da condição humana e, nesse próprio movimento, legitimados.

Na psicoterapia e no trabalho social, esse processo opera através da psique do grupo profissional. É tornando-se reconhecível e partilhável entre os profissionais, *a posteriori*, a partir de espaços de retomada (reunião clínica, grupos de análise da prática...) que o status desses afetos se altera (GAILLARD, 2015, p. 225).

Em nossa prática, concordamos com a importância atribuída ao grupo de profissionais para a sustentação e manejo do vínculo com o paciente. A possibilidade de falar sobre os afetos experimentados na experiência com o paciente, além de humanizá-lo e transportá-los para um coletivo que junto significa um suporte mais consistente para esses, nos conduz a

conteúdos que dizem respeito ao paciente a ser cuidado; conteúdos transferenciais, que muitas vezes não estamos conseguindo escutar sozinhos. Ainda seguindo Gaillard (2015): “É o trabalho *a posteriori* que permite novamente reconhecer o que está sendo atualizado no vínculo entre profissionais e usuário” (GAILLARD, 2015, p. 229).

Neste sentido, Marin (2014), também destaca a relação entre as violências experimentadas em uma instituição prisional e os mecanismos de defesas dos profissionais frente a essas. A instituição prisional também porta – ou prende – o que não coube na sociedade. O destaque feito a essa relação nos leva a supor a necessidade da criação de dispositivos para dar continência a esse impacto e permitir que os profissionais sigam atuando e suportando a tarefa de cuidar, ou seja, possibilitando a humanização desses sentimentos disruptivos. A autora ainda relaciona a formação dos profissionais ao suporte que se tornam disponíveis a oferecer ao outro, valorizando o investimento nessa formação:

É, portanto, fundamental que se siga investindo não apenas na construção de presídios que satisfaçam às condições básicas de atendimento à população carcerária, respeitando os direitos humanos daqueles que lá convivem, mas também na formação dos trabalhadores desse sistema. A proximidade com a vulnerabilidade e violência características desse espaço mobiliza muita angústia e mecanismos de defesa, nem sempre adequados quando se almeja apoiar os direitos dos detentos (MARIN, 2014, p. 29).

Concordamos com a relação entre os dispositivos de cuidado e formação oferecidos aos profissionais e a possibilidade seguirem com a tarefa de oferecer cuidado, bem como com a importância do grupo de profissionais para tal. Diante dessa compreensão que propomos a ampliação do olhar para o matriciamento, como sendo este espaço de grupo onde se pode pertencer, humanizar, desorganizar, reorganizar, para então seguir, dar lugar.

Nas instituições destacadas, muitas vezes os profissionais são responsáveis por atender um número de pacientes maior do que o previsto nas portarias que regulamentam estes serviços. Desta forma, além de um volume significativamente grande de atendimentos que cria obstáculos para a reflexão sobre estes, os profissionais são convocados a fazer escolhas e estabelecer prioridades para atingirem suas metas de atendimento. Estas metas são mensuradas em resultados quantitativos e não qualitativos em relação ao atendimento. Ou seja, a atuação profissional é medida em termos numéricos e não em relação a qualidade do processo de cura do paciente. Com isso, uma vez que as metas são numéricas, os espaços que possibilitam uma reflexão mais qualitativa dos atendimentos ou do impacto dos atendimentos nos profissionais e no grupo são os primeiros a serem suprimidos. São estes espaços como os de discussões mais aprofundada dos casos, reuniões clínicas, espaços de escuta e troca. No entanto, compreende-se que são estes os dispositivos que serviriam como suporte para que a equipe seguisse atendendo a demanda de atendimento intensa pela qual é responsável.

Ainda neste sentido, questionamos se a supressão desses espaços qualitativos também não produz um impacto nos resultados quantitativos tão almejados. Não pretende-se nesse trabalho dedicar-se a essa questão pois esta mereceria especial atenção e não é o objetivo aqui traçado. No entanto, pretendemos aqui compreender o que está em jogo e quais os recursos para o desafio diante do qual o profissional de saúde se vê em relação a como conciliar a quantidade com a qualidade do atendimento ao usuário. Ou seja, no que tange ao SUS, como respeitar os ideais de universalidade, integralidade e equidade e ainda assim conseguir escutar a demanda do usuário e ter disponibilidade para atendê-la.

A formação do psicólogo é composta por um tripé: conhecimento teórico, prática clínica e supervisão. A clínica não constitui um campo no qual o conhecimento teórico dá conta da atuação prática, não se aplica a teoria à prática, mas constrói-se um caminho de mão dupla onde uma se alimenta da outra de forma cíclica e constante. A teoria psicanalítica surge para amparar e significar uma prática clínica que já ocorria e não para dar conta desta ou encerrá-la. Assim sendo, a supervisão entra como um espaço de articulação e reflexão entre esses campos e ainda como possibilidade de reflexão *a posteriori* e percepção de potenciais e limites pessoais e clínicos. Nesse sentido, ao lado da análise pessoal, a supervisão, ou grupo, serviria como espaço de ampliação de recursos pessoais para a prática clínica.

Será que este espaço para a ampliação de recursos pessoais e psíquicos ao profissional não seria um caminho para a questão colocada anteriormente em relação ao desafio de conciliar demandas quantitativas sem abrir mão de resultados qualitativos? Trazemos essa questão ao lado de nossa hipótese de que o dispositivo de matriciamento tem como potencial constituir esse espaço no contexto dos serviços de saúde. Não o espaço de supervisão, até porque a natureza da tarefa realizada no matriciamento é outra e faz sentido que o seja. Mas o espaço de articulação entre conhecimentos teóricos e técnicos e sua aplicação clínica, real e afetiva. Ainda se faz válido destacar, seguindo Gaillard (2015), que o olhar para essa ferramenta enquanto grupo abre caminho para resgatar o espaço grupal necessário e inerente ao profissional que se presta a assumir uma transferência.

3.3. A Intertransferência como Importante Ferramenta para o Trabalho em Equipe

Kaës (2004), fala sobre a existência da Intertransferência em trabalhos desempenhados por mais de um analista e a importância da análise intertransferencial nesses casos. Castanho (2018) ressalta a compreensão desse trabalho como central para o desempenho do trabalho em equipe: “De fato, o trabalho da intertransferência é para Kaës condição da intervenção em

grupo, o que implica pensar tal intervenção sempre como um trabalho em equipe” (CASTANHO, 2018, p. 228). Nas palavras de Kaës ficam claros os objetivos a que se propõe o desenvolvimento desses conceitos:

Esses dois conceitos foram desenvolvidos para tentar tratar uma dificuldade no trabalho psicanalítico em uma situação de grupo quando esse trabalho é realizado por dois ou mais psicanalistas [...]. A *intertransferência* é um efeito da resistência dos psicanalistas quando eles trabalham em conjunto: esta resistência é mutuamente mantida por suas contratransferências e as suas transferências recíprocas, mas esta também é induzida e sustentada pelas transferências dos membros do grupo ou da família sobre os analistas¹³ (KAËS, 2004, p. 5, tradução nossa, grifos do autor).

No caso dessa dissertação, usaremos tais conceitos para pensar nas transferências estabelecidas por profissionais de saúde, e não apenas por psicanalistas, como postulado pelo autor. De qualquer forma, esse conceito nos conduz a compreensão das dificuldades e potências do trabalho em equipe, bem como os cuidados necessários para tal. Ainda seguindo Kaës (2004), concordamos com a ressalva da importância de que o grupo de profissionais invista um tempo de trabalho para analisar suas transferências recíprocas.

Para expor o conceito proposto de intertransferência, Kaës retoma sua trajetória com grupos e relaciona a descoberta deste com o trabalho analítico com dispositivos grupais junto ao CEFFRAP¹⁴, associação de analistas que se dedicava a explorar as condições, dificuldades, resultados e possibilidades de um trabalho psicanalítico grupal (KAËS, 2004). Concluindo essa construção o autor propõe uma definição mais precisa do conceito:

A intertransferência não pode ser considerada e tratada de forma independente da(s) transferência(s) e da contratransferência. É feita dos mesmos componentes, das mesmas questões em relação a tornar-se consciente: isto quer dizer que ela é tanto a repetição e criação, a resistência e via de acesso ao conhecimento dos movimentos do desejo inconsciente. A intertransferência se especifica pelo fato de que os psicanalistas transferem sua própria organização intrapsíquica sobre seus colegas, pelo fato de que é induzida pela situação grupal, pelas transferências que recebem e pelas suas disposições contra-transferenciais¹⁵ (KAËS, 2004, p. 13, tradução nossa).

Assim sendo, ainda é feita a observação de que a intertransferência traz consigo elementos do enquadre institucional. Dessa forma, os profissionais podem ter um maior ou

¹³ “Ces deux notions ont été élaborées pour tenter de traiter une difficulté dans le travail psychanalytique en situation de groupe lorsque ce travail est conduit par deux ou plusieurs psychanalystes [...]. L'*intertransfert* est un effet de la résistance des psychanalystes en tant qu'ils travaillent ensemble: cette résistance est mutuellement entretenue par leur contre-transfert et leur transfert réciproque, mais elle est aussi induite et soutenue par les transferts réciproques, mais elle est aussi induite et soutenue par les transferts des membres du groupe ou de la famille sur les analystes”.

¹⁴ “Cercle d'études françaises pour la formation e la recherche: approche psychanalytique du groupe, du psychodrama, de institution”. - Círculo de Estudos Franceses para formação e pesquisa: aproximação psicanalítica do grupo, do psicodrama, de instituições (tradução nossa).

¹⁵ “L'*intertransfert* ne peut pas être considéré et traité indépendamment du (des) transfert(s) e du contre-transfert. Il est fait des mêmes constituants, des mêmes enjeux par rapport au devenir conscient: c'est-à-dire qu'il est tout à la fois-répétition et création, résistance et voie d'accès à la connaissance des mouvements de désir inconscient. L'*intertransfert* se spécifie par le fait que les psychanalystes transfèrent leur propre organisation intrapsychique sur leurs collègues, du fait même de ce qui est induit par la situation groupale, par les transferts qu'ils reçoivent et par leurs dispositions contre-transférentielles”.

menor grau de escolha e controle sobre o enquadre do grupo que vão trabalhar ou mesmo com quem compartilharam a coordenação do grupo. Ou seja, a intertransferência comporta diversas dimensões subjetivas, intersubjetivas e institucionais. A análise intertransferencial seria, então, condição fundamental para a compreensão e desempenho do trabalho em grupo com mais de um profissional e, por sua vez, é definida pelo autor como:

a expressão própria nos analistas do trabalho da intersubjetividade, a elaboração da resistência ao trabalho psíquico conjunto em cada um dos sujeitos do inconsciente que são colocados em jogo em sua relação de trabalho¹⁶ (KAËS, 2004, p. 14, tradução nossa).

Ao expor o conceito e a importância da análise intertransferencial para o desempenho do trabalho em equipe, nosso intuito é destacar a validade de que os profissionais dediquem trabalho psíquico às suas relações e ao impacto destas em sua tarefa de cuidar.

3.4. O Grupo em sua Relação com a Tarefa

Ao falar em grupos, outro autor que se faz importante ressaltar é Pichon -Rivière. Para o presente trabalho, cabe mais especialmente expor sua noção de tarefa, não apenas pela centralidade deste conceito no pensamento do autor, mas principalmente pela centralidade na análise do grupo em questão. Além disso, quando aproximamos a discussão dos operadores conceituais da psicanálise para o âmbito do SUS a noção de tarefa se faz central novamente, pelo amplo uso do dispositivo grupal, muitas vezes, a nosso ver, sem o amparo teórico, técnico e metodológico para tal.

No atendimento à população usuária dos serviços do SUS, os grupos acabam por ser usados e compreendidos como uma alternativa diante da impossibilidade de atender individualmente. “A expansão e o desenvolvimento das políticas públicas em nosso país, notadamente no âmbito do SUS e do SUAS, têm sido acompanhados de uma proliferação do uso do grupo como dispositivo de intervenção” (CASTANHO, 2017, p.1). Os usuários, com significativa frequência, buscam o serviço esperando encontrar atendimento médico, psicológico ou de outro especialista individualmente e estranham quando lhes é oferecido um atendimento prioritariamente grupal e referenciado também a um grupo de profissionais, a uma equipe multidisciplinar e não a um especialista. Os profissionais, por sua vez, muitas vezes demonstram-se frustrados em não poder oferecer o espaço individual demandado. No entanto, o dispositivo de grupo traz consigo uma potência e, nesse sentido, não pode ser compreendido apenas como um aglomerado de pessoas.

¹⁶ “L’expression propre aux analystes du travail de l’intersubjectivité, l’élaboration de la résistance au travail psychique de plus-d’un-autre en chacun des sujets de l’inconscient qu’ils mettent en jeu dans leurs lien de travail”.

Partimos da compreensão, concordando com Pichon-Rivière, de que todo agrupamento humano debruça-se sobre uma tarefa, explícita ou não. No entanto, cabe ressaltar que existem compreensões de grupos que não consideram sua tarefa. Ou seja, a diferenciação entre grupos centrados na tarefa e não centrados na tarefa é feita do ponto de vista teórico e técnico (CASTANHO, 2018). Assim sendo, a importante contribuição trazida por Pichon-Rivière é seu olhar para o grupo em sua relação com a tarefa. Castanho (2017) também destaca a especificidade da compreensão deste teórico no que tange o papel central da tarefa: “Porém, conferir-lhe um caráter especial, no campo da compreensão do fenômeno grupal, bem como da sua técnica de trabalho, é o que caracteriza e diferencia o pensamento pichoniano de outras abordagens grupais” (CASTANHO, 2017, p. 3).

Pichon-Rivière (2009) discorre sobre três momentos que se sucedem e interpõe constantemente em situações que envolvem modificações subjetivas. São estes momentos o de pré-tarefa, o de tarefa e o de projeto. Todos esses momentos propostos se relacionam central e principalmente com a noção de tarefa:

Seria esquemático resumir, sob a noção de *tarefa*, tudo que implica modificação em dupla direção (a partir do sujeito e para o sujeito), envolvendo assim a constituição de um vínculo (PICHON-RIVIÈRE, 2009, p. 36).

A partir dessa definição, as proposições dos outros momentos se fazem mais claras. A pré-tarefa seria o momento no qual se instauram as resistências às mudanças que acabam operando como defesa a execução de uma leitura mais total e fidedigna da situação e, desta maneira, ao momento da tarefa. Neste sentido, surge o que é chamado pelo autor de ‘como se’, que seriam as condutas e soluções obtidas a partir dessa leitura parcial da situação e que funcionam como mecanismos de procrastinação diante da real tarefa, oferecendo a ilusão de que esta de fato está sendo executada, quando não está. A entrada no momento da tarefa se dá apenas com a ruptura desse momento de cisão com a realidade proporcionada pelo ‘como se’. Esta ruptura permite uma percepção e contato com a realidade, possibilitando assim a elaboração de um projeto para a lida com a situação total.

Entendemos então que, a partir dessa compreensão, a área da tarefa é o que opera como modificação subjetiva, a possibilidade de adentrar o momento da tarefa é a possibilidade de aceitar a morte e, com isso, a mudança. “Esta dificuldade na abordagem do objeto de conhecimento denuncia uma atitude de resistência à mudança”¹⁷ (MANIGOT, 1988, p. 1, tradução nossa). Para Pichon-Rivière, o único objeto a ser investigado é o ‘homem em situação’ e o grupo seria seu instrumento para a investigação desse objeto.

¹⁷ “Esta dificultad en el abordaje del objeto de conocimiento denuncia una actitud de resistencia al cambio”.

Cabe ressaltar que, compreender o espaço de matriciamento como um dispositivo de grupo em sua relação com a tarefa traz como hipótese a percepção de que a entrada no momento da tarefa pode estar comprometida por toda dinâmica psíquica e mecanismos de defesa diante da tarefa de cuidar neste contexto. Com isso, supomos que a compreensão destes mecanismos de defesa do grupo estabelecidas com a tarefa, possam favorecer a entrada no momento da tarefa e em toda mudança subjetiva que isso implica. Tal compreensão não tem diretamente um foco terapêutico com os profissionais, no entanto, entende-se aqui que o olhar para este dispositivo como grupo pode desvelar conteúdos inconscientes e relacionais. Assim, favorecendo a ruptura com o momento de ‘como se’ e adentrando o momento da tarefa, supõe-se que o grupo poderia se conduzir a uma compreensão mais ampliada dos casos e ainda da dinâmica e questões da equipe e das especificidades do atendimento nesse serviço e território.

Outra distinção importante para tratar a questão da tarefa no grupo de matriciamento é a de tarefa explícita e tarefa implícita. A primeira seria a que o grupo explicitamente se debruça, ou seja, no caso do matriciamento, em linhas gerais, discutir os casos atendidos em comum pelos serviços. A segunda, por sua vez, se referiria a mudança subjetiva possibilitada pela execução da tarefa explícita, o que só é possível quando afetos, sentimentos e pensamentos entram em jogo. Para esta distinção faz-se válido ressaltar outro esclarecimento em relação as possíveis diferenças e equívocos na compreensão do conceito de tarefa. Ou seja, se assumirmos como tarefa apenas a tarefa explícita do grupo, teríamos uma compreensão parcial da situação grupal. Diante dessa compreensão, o grupo poderia permanecer no ‘como se’, supondo estar em tarefa. Segundo Castanho (2017):

Vemos então que o grupo operativo gira ao redor do conceito de tarefa. Mas, afinal, como compreendê-la? Ao se debruçar sobre os problemas da tarefa, seria o grupo operativo um dispositivo comprometido com a “produtividade”? Um dispositivo para que as pessoas façam coisas? Esse equívoco é muito frequente, mas, ao mesmo tempo, muito sério, pois aniquila, pela base, qualquer possibilidade de realização de um trabalho orientado pichonianamente” (CASTANHO, 2017, p.3).

Neste sentido, quando falamos em favorecer a entrada no momento da tarefa pelo grupo, não estamos falando em produzir mais ou em discutir mais casos. Estamos ressaltando a importância de que o grupo não se contente com a execução da tarefa explícita, mas também se permita afetar por esta, o que possibilitaria também a execução da tarefa implícita, ou melhor, a entrada no momento da tarefa, quando ambas são realizadas conjuntamente. Podemos entender que o grupo adentrou o momento da tarefa apenas quando ambas podem ser realizadas. As palavras de Castanho se fazem oportunas novamente:

Nesse momento, Pichon-Rivière pressupõe uma ação humana na qual figurem o sentir, o pensar e o agir. Seria só em determinada modalidade de integração dessas

dimensões que se poderia falar de tarefa. Uma das características dessa modalidade de integração é a de que ela implica processos de elaboração psíquica concomitantes (CASTANHO, 2017, p. 4, grifos do autor).

Neste sentido, uma discussão de um caso pode ocorrer do começo ao fim sem que este grupo tenha adentrado o momento da tarefa. Ou seja, discute-se o caso e chegam a uma conduta de forma mecânica ou pragmática, muitas vezes sem que a palavra possa circular ou sem que possam falar o que sentiram no atendimento com o paciente e logo anotam em seu prontuário e na folha onde tem que constar quantos casos foram discutidos para que possam prestar contas do tempo “gasto” na reunião de matriciamento, passando logo para o próximo caso.

Neste cenário, a situação parece se aproximar muito mais de um ‘como se’, ou seja, os profissionais tem a sensação de estar executando a tarefa, quando do ponto de vista psíquico podem ainda estar se prevenindo de enxergar a situação em sua totalidade. Executam a tarefa explícita sem que necessariamente tenha ocorrido alguma elaboração psíquica. Executar a tarefa explícita é diferente de estar no momento da tarefa, esperamos ter esclarecido isso. Castanho (2017) também destaca a distinção entre o ‘como se’ e a execução da tarefa:

O “como se” é um obstáculo à realização da tarefa. Esta pode agora ser entendida como algo que possui uma dimensão explícita (a realização “pragmática” do que é proposto) e outra implícita: a elaboração psíquica. Salientamos que Pichon-Rivière afirma que só poderemos dizer que o grupo está em tarefa quando ambas (tarefa explícita e implícita) estiverem em andamento (PICHON-RIVIÈRE, 2007). Assim, é só quando a ação implicada na tarefa pode circular por sentimentos e pensamentos, tornando possível a elaboração psíquica concomitante, que podemos falar de um grupo “em tarefa” (grupo no momento da tarefa)” (CASTANHO, 2017, p. 5).

Como já destacado, entendemos que a atuação do profissional de saúde, ou seja, a clínica, pressupõe uma formação que promova a aquisição de recursos pessoais para além de uma formação apenas teórica e técnica. Com isso, entendemos que a discussão de casos, quando pode ser executada de forma a fazer circular sentimentos experimentados na situação com o paciente para além de uma compreensão racional de sua sintomatologia, pode contribuir para essa formação do profissional trazendo impacto para a sua atuação clínica.

Dessa maneira, a possibilidade de adentrar o momento da tarefa proporcionaria um espaço potencial (FERNANDES, 1989) para a aquisição desses recursos ao profissional e assim traria um impacto para o atendimento não apenas desse caso, mas de outros. “Estar produzindo não é estar em tarefa” (CASTANHO, 2017, p. 13).

3.5. Restos

Ao pensar os processos psíquicos institucionais e grupais, a noção de “restos”, a nosso ver, se faz significativamente válida para analisar o que está “fazendo força” neste processos. Neste sentido, a compreensão da resistência nos faz pensar que a pretensão de abarcar o

fenômeno psíquico em sua totalidade é audaciosa e impossível. Ao mesmo tempo que temos uma força que opera no sentido da cura, temos uma força que vai na sua contramão, que resiste. Neste sentido, Roussillon (1991) discorre sobre os restos deixados pelo processo de elaboração e seus possíveis destinos considerando o caráter sempre falho desse processo. O autor constrói seus argumentos tomando por base os três destinos dos dejetos deixados na dialética do processo de elaboração psíquica postulados por Freud em “Além do Princípio do Prazer” (ROUSSILLON, 1991).

Os destino para esses restos variam seu nível de ameaça ao processo. Assim sendo, o primeiro destino seria o dejetos mais tóxico e que está sempre retornando como potencial destruidor e ameaçador do processo. O segundo também tem um potencial de envenenar, mas por clivagem estes se alocam em outro lugar, preservando o processo desse envenenamento. E, por fim, o terceiro destino se dá de forma a possibilitar uma reorganização, criando uma conflituosidade produtiva na economia psíquica. Neste último, compreende-se que algo que é ruim para uma instância psíquica pode ser bom para outra e esta tensão pode operar como guardião da vida psíquica e da organização de sua energia. Tendo exposto os diferentes destinos possíveis, Roussillon segue sua argumentação trazendo-os para uma perspectiva institucional e grupal e o autor destaca que esta transposição também foi feita por Freud. Em suas palavras:

Assim o tratamento do resto, a dialética daquilo que se organiza, se estrutura, e daquilo que escapa a esse processo, não se efetua apenas na intimidade da vida psíquica individual; ela é também uma exigência da elaboração grupal da vida coletiva e institucional (ROUSSILLON, 1991, p. 134).

Em relação a esse fenômeno na instituição, Roussillon (1991) define dois principais formatos, o “quarto de despejo” e o “interstício”. Estes espaços se fazem necessários para aquilo que não consegue se inscrever nos espaços estabelecidos organizacionalmente, ou seja, aquilo que “resta”. “O não mentalizado, o informe, também está à cata de lugares onde “depositar-se”, à cata de espaços onde “colocar-se de reserva”, em latência” (ROUSSILLON, 1991, p. 134, grifos do autor).

O “quarto de despejo” pode se configurar tanto como um espaço que desde o princípio tem esse fim, ou seja, uma reunião de equipe para falar; como pode ser uma dinâmica que surge dentro de uma reunião que inicialmente teria outro objetivo. Assim sendo, o que definiria este espaço seriam os processos grupais inconscientes que se estabelecem neste e que extrapolam a racionalidade e os fins práticos, produtivos e de tomada de decisões. Frequentemente nas reuniões que assumem a função de quarto de despejo os profissionais tem

comportamentos mais agressivos e exacerbados e, dessa maneira, o sentimento de que estas são improdutivas e de que nada está acontecendo são muito presentes.

No entanto, mesmo que pareçam ser disfuncionais, o autor destaca sua importante função para o aparelho psíquico grupal, que gira em torno fundamentalmente de dar um espaço de continência aos restos não simbolizados das relações. “Enquanto os “resíduos” não simbolizados podem ser “localizados” num “quarto de despejo”, o resto do funcionamento institucional é *relativamente* preservado” (ROUSSILLON, 1991, p. 137, grifos do autor). O autor usa como exemplo para ilustrar a importância de espaços com essa configuração, uma situação ocorrida em uma instituição destinada a reeducação de crianças “desajustadas”. Nesta, segundo o autor, os profissionais optam por acabar com as reuniões para falar sobre os casos, pois estavam achando que nestas reuniões “nada acontecia”, não chegavam a lugar nenhum e se desgastavam muito. No entanto, com o fim desses espaços, ou seja, espaços circunscritos para a violência do grupo, os atos de violência das crianças e adolescentes com a instituição e a equipe de profissionais aumentou significativamente, sem aparente explicação. A hipótese aí é a de que na ausência de um espaço para metabolização dessa violência, esta passa a ser atuada. Neste sentido, autor destaca:

Assim sendo, a primeira tarefa do aparelho psíquico grupal é a de constituir um sistema de articulação significativa que permita o reconhecimento da necessidade de um espaço de “tratamento” e de elaboração dos resíduos e efeitos do seu próprio processo de constituição. Quando esse reconhecimento não se verifica, um funcionamento institucional “protético” pode se constituir pelo “sacrifício” da função de um dos espaços institucionais já estruturados (ROUSSILLON, 1991, p. 138).

O fenômeno do “interstício”, por sua vez, se dá nos espaços de entre, ou seja, espaços comuns que ficam entre as atividades estruturadas a serem desempenhadas, lugares de passagem e encontro, como corredores, banheiros, cafés, bar da esquina, entre outros. Esses são espaços que fazem parte do cenário do trabalho, mas fogem a contratação burocrática do escopo de funções a serem desempenhadas. Dessa maneira, justamente por terem esse caráter, permitem uma espontaneidade e, com isso, podem ser ditos conteúdos que em outros espaços não poderiam. Assim sendo, a possibilidade de dizê-los opera de forma a regular certas tensões, ou fazer circular restos psíquicos.

Neste sentido, o autor destaca três funções desse espaço. A primeira seria ‘a retomada’, ou seja, os conteúdos ditos no interstício permanecem em latência para serem retomados no momento em que podem ser ouvidos e integrados as cadeias associativas. O segundo seria ‘o depósito’ que literalmente opera com a função de depositar conteúdos, ajudando a suportar certos níveis de angústia. E, por fim, o terceiro seria ‘a cripta’ que são os conteúdos que pela clivagem permanecem no interstício sem poder ser retomados às cadeias

associativas, ou seja, ficam criptografados. Desta feita, o interstício com seu caráter ambíguo opera como fator protetivo ao processo de elaboração, uma vez que previne os envolvidos da passagem ao ato.

Roussillon (1991) ainda ressalta o formato peculiar que assume o interstício nas instituições de tratamento, pela própria natureza da tarefa destas instituições e as relações que vão se criando nesse cotidiano:

Se as angústias paranoides ou esquizoides aumentam demais – sob a pressão de pacientes que ameaçam as defesas grupais ou a de uma conjuntura social e/ou institucional difícil – o interstício recrudesce, aparece então uma clivagem que provoca comportamentos também muito característicos (ROUSSILLON, 1991, p. 144).

CAPÍTULO 4: Objetivos e Método

4.1. Objetivos

Os objetivos desse trabalho são, respectivamente geral e específicos: identificar as condições de possibilidades de ampliação da intervenção clínica nas reuniões de matriciamento entre CAPS e Atenção Primária; identificar como ocorrem as reuniões de matriciamento entre CAPS e duas UBS do mesmo território; escutar o grupo de profissionais no dispositivo de matriciamento; identificar operadores conceituais que possam favorecer e potencializar as discussões de caso neste dispositivo; e problematizar a forma como ocorre retomando o surgimento do conceito de matriciamento e os alicerces do atendimento em saúde mental no SUS.

4.2. Método

Para percorrer os objetivos propostos nesse trabalho escolheu-se o método qualitativo. Este método, em linhas gerais, surge pautado no paradigma das ciências humanas, se indagando acerca dos sentidos que emergem da experiência. Em contrapartida a uma tradição científica que busca relações de causa e efeito entre os fenômenos, o método qualitativo pretende dar sentidos aos fenômenos através de sua descrição. A leitura dos sentidos que emergem desses fenômenos são próprias ao existir humano e, assim sendo, o pesquisador como tal não consiste em mero observador passivo destes. Nas palavras de Turato (2008), reconhecido pesquisador desse campo:

Os métodos qualitativos, na área das ciências do homem, devem ser chamados de compreensivo-interpretativos [...] pois *seu objeto são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos* (TURATO, 2008, p.195, grifo do autor).

Serão analisados registros de seis reuniões de matriciamento entre dois serviços do mesmo território. Estas seis reuniões alternam a presença de quatro serviços do mesmo território, sendo duas reuniões entre o CAPS Infantojuvenil II e a UBS Palmeiras, uma entre CAPS Infantojuvenil II e UBS Olga, duas entre CAPS Adulto III e a UBS Olga e uma entre o CAPS Adulto III e a UBS Palmeiras¹⁸. Na UBS Olga com ambos os CAPS estas reuniões ocorriam com frequência bimensal e tinham duração de duas horas. Na UBS Palmeiras as reuniões também ocorriam com frequência bimensal, mas com duração de uma hora com o CAPS Infantojuvenil e duas horas com o CAPS Adulto, com a ressalva de que na reunião com o segundo a equipe da UBS se dividia e cada metade da equipe participava de uma hora

¹⁸ Nomes fictícios.

da reunião. O número de participantes era bastante variado, girando em torno de dez a trinta profissionais por encontro, contando a soma dos participantes no encontro em que a equipe se dividia.

A escolha por essas unidades se deu em conjunto com a gestão do CAPS Infantojuvenil, serviço do qual a pesquisadora faz parte da equipe. Os critérios para a escolha foram pautados pelo reconhecimento da equipe como “espaços potentes”, ou seja, nos quais ambas as equipes envolvidas compreendem a importância da discussão de caso. Uma vez que neste trabalho pretendemos destacar a potência do dispositivo de matriciamento, este caminho pareceu ser o mais interessante. Outro critério foi que ambas as unidades tivessem seu trabalho estruturado a partir das diretrizes da ESF e ainda que tanto a equipe de NASF como a de ESF participassem da reunião. Por fim, consideramos o critério de serem unidades nas quais a SBIBHAE também fosse parceira da Prefeitura de São Paulo na gestão, para unificar e viabilizar os trâmites éticos.

Antes de iniciar a coleta de dados nas reuniões de matriciamentos com as equipes, realizamos uma reunião de apresentação da pesquisa com a gestão das UBS e CAPS.

Segundo dados fornecidos pela área técnica da instituição parceira citada acima e retirados do Portal da Prefeitura de São Paulo, o território da UBS Palmeiras é composto por uma população de 17.151 habitantes, sendo desses 16.033 sus-dependentes. Calcula-se que a população infanto-juvenil seja de aproximadamente 6.823 pessoas. Segundo as mesmas fontes, o território da UBS Olga é composto por 22.982 habitantes, sendo a população infanto-juvenil estimada em 6.704 pessoas. Não encontrou-se informações sobre a prevalência de transtornos mentais em ambos os territórios.

Inicialmente o método havia sido traçado para o registro de reuniões de matriciamento das UBS apenas com o CAPS Infantojuvenil. No entanto, houveram alguns percalços no meio do caminho que nos convocaram a repensar o cronograma e, com isso, ampliar nosso campo. Como exemplo, no planejamento para as atividades de 2017 da equipe do CAPS Infantojuvenil ficou acordado que seria mais espaçada a frequência das reuniões em unidades em que o matriciamento estava “ocorrendo bem”, pela necessidade de que a equipe desempenhasse outras ações no território. Este dado e o critério para avaliar a frequência, serão dados de análise, no entanto no que diz respeito a pesquisa, constituiu-se obstáculo para a coleta tal como prevista. Assim sendo, pensamos na estratégia de coletar dados também nos matriciamentos que ocorriam entre as mesmas unidades e o CAPS Adulto. Cabe destacar que este também é gerido em parceria entre a Prefeitura de São Paulo e a SBIBHAE e já atuava neste território três anos antes da inauguração do CAPS Infantojuvenil. Entendemos que essa

opção além de viabilizar temporalmente a coleta, enriqueceria nossa discussão. Isso porque o foco de nossa discussão se refere principalmente a escuta do dispositivo enquanto fundamental para o trabalho em rede e não propriamente às questões relativas a rede de infância e adolescência.

O método qualitativo de pesquisa contempla essa possibilidade, uma vez que este se abre para a experiência tal como esta se dá e indaga-se acerca de seus sentidos. Desta feita, todos esses percalços transformaram-se em material de análise e consideramos de extrema validade que não tenha se criado um campo artificial e ideal para a coleta, mas que a pesquisa tenha sido fiel a expressão de como a realidade se mostra.

Além disso, o processo de apreciação e aprovação ética demorou mais do que o previsto, aproximadamente um ano. Isso porque o projeto teve que ser pactuado com as instituições coparticipantes (SBIBHAE, Coordenadoria Regional de Saúde Sul e Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo) antes da submissão à Plataforma Brasil, instituição federal que regulamenta todas as pesquisas realizadas com seres humanos. As aprovações obtiveram números de protocolo (CAAE) 61257416.8.0000.5561 e 61257416.8.3001.0086, respectivamente do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEP IP-USP) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP SMS). Cabe colocar que essa demora no processo de adequação do projeto também se deu pela diferença de paradigmas científicos que amparavam cada uma dessas etapas, o que muitas vezes limitava a discussão.

Seriam objetos de estudo e registro apenas os grupos em que o consentimento fosse unânime, uma vez que os sujeitos da pesquisa seriam os próprios profissionais envolvidos nos encontros. Os profissionais receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual continham todas as informações necessárias para o esclarecimento sobre a pesquisa de forma a garantir o exercício da autonomia de cada sujeito envolvido. Como a presença dos profissionais era rotativa, a cada vez que havia um novo integrante este recebia novo esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa e o TCLE.

Caso algum dos participantes da reunião não consentisse em participar da pesquisa, ele teria o seu direito garantido, bem como o direito de continuar participando desse espaço. Nesse caso, como o consentimento devia ser unânime para a coleta, os dados não seriam coletados nesse dia. Ainda tentariam ser feitas mais até duas tentativas de coleta na mesma equipe e, caso a impossibilidade persistisse, tentaríamos coletar os dados em outros serviços. Caso houvesse a impossibilidade de coletar dados em alguma das UBS por questões éticas e/ou administrativas, a pesquisadora havia mapeado outras duas unidades para a realização da

coleta, nas mesmas condições descritas e seguindo os mesmos critérios. No entanto, em todos os encontros para a coleta o consentimento foi unânime.

Cabe destacar que como é uma pesquisa embasada no método qualitativo a recusa já consistiria em um dado uma vez que faz parte do percurso e experiência da pesquisa. Outro destaque que se faz válido acerca desse método é que os dados não podem ser medidos apenas objetivamente, não há um número de dados a ser atingido e estabelecido previamente. Dessa forma, diante da recusa, poderia se avaliar também se os dados que foram possíveis de ser coletados já seriam suficientes para a análise.

O registro foi feito pela pesquisadora, que se colocou no lugar de observadora do grupo. Cabe ressaltar que esta também foi uma questão em meio aos pactos metodológicos que tiveram que ser feitos ao longo do caminho. Assim sendo, o lugar de observador pactuado se difere de um lugar que responde a um paradigma das ciências naturais. Ou seja, o lugar de observador não é constituído por uma atitude passiva, assim como a escuta psicanalítica não se define por uma escuta passiva, mas ativa. Para amparar o que se entende nesse trabalho como observador serão usados as compreensões acerca do grupo operativo de Pichon Rivière.

A opção por um registro escrito está legitimada na história da pesquisa com grupos operativos. Ela tem a vantagem de colocar a serviço da observação a subjetividade de outro pesquisador que reage emocionalmente ao que ocorre, deixando a reação transparecer em seu registro (CASTANHO, 2005, p. 197).

Propõe-se que, não intervindo de maneira direta, o registro contemple a escuta para além das falas e discussões, mas também para as impressões, observações, sentimentos e pensamentos. “O observador observa e é observado, mas escuta e não é escutado” (GRASSETTI; JASINER; JASINER, [1980?], p. 8, tradução nossa¹⁹)²⁰. Assim sendo, entende-se que esse lugar traz como potência a possibilidade de um olhar mais distanciado que observa não apenas as tarefas explícitas, mas também as implícitas, o que facilita, o que dificulta e o que se mostra desse dispositivo como um todo para além da tarefa de discutir casos. “A ordem para o observador é registrar por escrito as intervenções de outros, cuja presença implica um impacto significativo diante do próprio *Grupo Interno*” (GRASSETTI; JASINER; JASINER, [1980?] p. 9, grifo nosso, tradução nossa²¹).

Outro questionamento foi em relação ao impacto do registro ao longo da observação na reunião, pois supúnhamos que o registro durante a reunião poderia suscitar significativa

¹⁹ “El observador observa y es observado, pero escucha y no es escuchado.”

²⁰ Cabe ressaltar que a tradição pichoniana tem significativa importância no trabalho com grupos, no entanto é reconhecida a escassez de trabalhos impressos e sistematizados sobre aspectos dessa técnica, tornando-se inevitável a escolha por documentos como este folheto.

²¹ “La consigna para el Observador es registrar por escrito las intervenciones de otros, cuya presencia implica un impacto masivo ante el propio Grupo Interno.”

paranoia dos participantes. Esta ressalva se deu principalmente considerando que não contávamos com um coordenador do grupo de profissionais analisado capacitado para manejar a situação. Assim, optou-se por registrar ao longo da reunião apenas algumas impressões, pensamentos e sentimentos e estruturar um relato da reunião a posteriori de acordo com as lembranças da pesquisadora. O texto discorrendo sobre o encontro foi registrado em até uma semana após o registro pela tentativa de tentar ser o mais próximo da experiência contratransferencial da pesquisadora.

Os dados da pesquisa foram os próprios registros, e a duração da coleta foi de aproximadamente oito meses.

4.3. Forma de Análise dos Resultados

A análise dos dados foi feita a partir de uma perspectiva psicanalítica acerca dos processos grupais. Desta maneira, se faz importante ressaltar que entende-se que a subjetividade do pesquisador está necessariamente envolvida. Compreende-se uma impossibilidade de despir-se de impressões transferenciais e contratransferenciais, incluindo-as como motor de análise.

Neste sentido, outra ressalva que se faz válida, e já nos conduz a um elemento para análise, é em relação a pesquisadora fazer parte da equipe de um dos serviços envolvidos na reuniões. Diante dos dados percebemos que no relato das observações dos grupo o sujeito das frases se alternava entre “eles” e “nós”. Mais do que uma confusão ou uma incoerência metodológica entendemos esse fato como um dado para o qual atribuímos dois sentidos. Além de ser um retrato da diferença de paradigmas discutida e colocada desde o começo em relação a concepção do lugar de observador, entendemos principalmente que o olhar da pesquisadora para o grupo já estava embebido de uma tentativa de costurar nós para esse grupo. Nós que amarrassem o grupo transformando várias pessoas, de diferentes serviços, em um “nós”. Ou seja, buscava-se no grupo de profissional a possibilidade de que constituíssem um grupo.

Uma última ressalva para auxiliar a compreensão do leitor na apresentação dos dados é a de que alguns trechos de relatos das reuniões trazem observações da pesquisadora. Embora estas observações já tragam elementos para a análise, constituem registros de impressões da pesquisadora no momento de observação dos grupos, por isso estão sendo apresentadas junto aos dados em *itálico*. O que foi analisado *a posteriore* aparece em seguida comentando estes trechos.

Com esta análise pretende-se discutir o que está em jogo psiquicamente nas reuniões de matriciamento, considerando o grupo de profissionais. Retornando aos nossos objetivos,

interrogaremos acerca das condições de possibilidades de ampliação da intervenção clínica no contexto atual do SUS.

CAPÍTULO 5: Apresentação e Análise dos Dados: Discussão.

5.1. Enquadre despedaçado

Para que a reunião de matriciamento ocorra, esta precisa contar com um espaço físico, data, hora e disponibilidade dos profissionais para a realização de um encontro. Para além de um dispositivo previsto pelo SUS e exigido como atribuição do nível de atenção de média complexidade, estamos entendendo aqui o matriciamento como um encontro. Não apenas um encontro entre os ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, mas também um encontro entre profissionais de duas equipes.

Em termos formais, as reuniões de matriciamento da UBS Olga estavam previstas para ocorrer bimensalmente e com duas horas de duração, com ambos os CAPS. Na UBS Palmeiras as reuniões estavam previstas para ocorrer com a mesma periodicidade, com a diferença de que com o CAPS Infantojuvenil com a duração de uma hora e com o CAPS Adulto com a duração de duas horas, sendo que neste último a equipe se dividia em duas partes e cada uma participava de uma hora da discussão. No entanto, em todos os encontros percebemos entraves para que a reunião ocorresse como previsto. Estes entraves, a nosso ver, para além de refletirem uma distância natural entre nossas expectativas e a parte delas que conseguimos realizar, diz de uma dificuldade dos profissionais de estarem de corpo presente neste encontro. Esta dificuldade também fora sentida contratransferencialmente pela pesquisadora no lugar de observadora.

Mesmo que esses elementos aparecessem em ambas as UBS, vale destacar que percebemos significativa diferença em relação ao enquadre entre estas. Essa diferença não foi tão nítida entre as equipes dos CAPS. Na UBS Olga conseguimos perceber um contorno no enquadre que pudesse distinguir dentro e fora, constituindo um continente para os conteúdos abordados. Na UBS Palmeiras o enquadre estava tão fragmentado que dificultava essa distinção e contorno, dando a impressão de uma mistura entre o dispositivo de matriciamento e as outras reuniões e atendimentos, ou ainda uma mistura entre profissionais e pacientes. Ou seja, mesmo que os elementos aparecessem em ambas, na primeira constituía-se ainda um espaço potencial para suportar a tarefa desse grupo, o que não ocorria na segunda.

No nível manifesto, este enquadre fragmentado aparecia através de frequentes atrasos tanto para começar como para acabar a reunião, ou ainda reuniões sendo desmarcadas sem tentativa de remarcação, mudança de local para a realização depois de já passado do horário previsto para início, frequência grande de profissionais entrando e saindo, ou sendo chamados em atendimentos para fazer a discussão de apenas um caso para em seguida retornar ao

atendimento, discussões fragmentadas, sem escuta e/ou conversas paralelas e manuseio do celular no meio da discussão.

No nível latente entendemos que o ataque ao enquadre aparece com uma defesa psíquica. Defesa diante de um trabalho tão demandante afetivamente? Defesa diante da mudança subjetiva proporcionada pela realização da tarefa? Ou ainda, considerando o fenômeno de homologia funcional, supomos que esse corpo grupal despedaçado pode refletir características da demanda atendida, em dois níveis. O primeiro, considerando que os casos discutidos na reunião são, em sua maioria, casos de psicóticos, autistas, situações de violência e fragilidade de vínculos familiares, comunitários e sociais. O segundo, considerando a maior diferença entre as UBS do que entre os CAPS, o grupo de profissionais reflete características da demanda atendida na atenção primária, o corpo adoecido, uma população desvalorizada socialmente ou a fragmentação do sistema de saúde.

Bleger (2002) também destaca a importância do enquadre para a constituição de um dispositivo, e neste sentido define: “enquadre, isto é, um “não processo”, no sentido de que são as invariáveis que formam a moldura dentro da qual se dá o processo” (BLEGER, 2002, p. 103). O autor ressalta a importância de que o enquadre constitua essa parte invariável, dentro da qual as variáveis do processo possam se dar. Ou seja, é importante que o enquadre não se transforme em mais uma variável, mas dê consistência e constância para o processo que é em si variável. Alguns relatos ilustram situações em que essa moldura não parece bem definida:

O matriciamento estava marcado para as 10:00, já haviam passado quinze minutos desse horário. Ao chegar na UBS, as profissionais do CAPS não sabiam para qual sala se dirigir e enquanto esperavam para perguntar na recepção, junto com uma aparente grande demanda de pacientes, uma profissional do NASF, reconhecendo as profissionais, as cumprimenta e pede para esperarem enquanto ela verifica em qual sala ocorrerá a reunião. Parecia que a equipe não estava pronta para nos receber. Depois de aproximadamente cinco minutos, fomos encaminhados para a sala. A mesma profissional que nos recepcionou, anunciou que esperaríamos um pouco até que os outros membros das equipes chegassem e disse que dava tempo de ela fazer um atendimento e voltaria em breve.

Nesta passagem percebemos que a mesma profissional que recepciona as profissionais do CAPS sai para fazer um aparente breve atendimento no tempo em que esperam os outros

profissionais que ainda não estavam presentes na sala. O que será que estava marcado em sua agenda, o atendimento ou a reunião de matriciamento? Qual será o objetivo desse atendimento para que seja atendido tão brevemente? Será mais fácil continuar fazendo o máximo de atendimentos possíveis do que parar para refletir sobre esses atendimentos? Além disso, com essa passagem supomos que a sala em que ocorrerá a reunião só é preparada depois da chegada das profissionais do CAPS, ou seja, depois do horário previsto para o início da reunião. Em outra reunião na mesma UBS:

Ao chegarmos na UBS entramos na sala de reuniões em que ocorreria o matriciamento. A sala estava movimentada e aparentava já estar ocorrendo uma reunião ali. A passagem de uma reunião para a outra parecia um contínuo.

A princípio, estas situações nos sugerem que os profissionais entendem o matriciamento como contraproducente, ou seja, não justifica que interrompam seus atendimentos, não o enxergam como uma ferramenta de trabalho. No entanto, esta seria uma interpretação do nível manifesto do processo, quando na verdade buscamos compreender os conteúdos latentes que estão ganhando expressão no corpo do grupo de profissionais. Com isso, a pergunta que nos fazemos é em relação ao que está operando como resistência ao processo? Um enquadre mais circunscrito permite a identificação do que está fora, do que não é o processo. Neste sentido, outra passagem ocorrida no momento inicial de apresentação dos profissionais:

Neste momento, a apresentação do dentista chama-me a atenção, ao destacar sua especialidade, diz algo como “cai de paraquedas aqui” e durante o resto da reunião permanece em seu lap top sem se envolver com a discussão que se dava ali.

Aqui, para além de ressaltar sua visão de que a odontologia não tem a ver com saúde mental, ou seja, um olhar fragmentado para o paciente, supomos que a apresentação do dentista dá voz a um sentimento do grupo de se sentir “caindo de paraquedas” ali. Ainda neste sentido, o fato dele conseguir passar a reunião inteira dentro da sala, mas em uma atividade paralela, ilustra o quão fragmentada estava a discussão. Esta fragmentação fora sentida pela pesquisadora em sua observação, especialmente nesta reunião, conforme ilustrada na passagem a seguir:

Chama-me a atenção, desde esse momento, a quantidade de pessoas que entravam e saíam da sala, eu estava sentada do lado da porta e esta não parava de soar, abrir e fechar. Antes de começar a discussão

de casos propriamente dita, uma médica avisou que se ausentaria quando anunciassem a chegada de seu paciente, o que me causou incômodo e questionamentos como: eles não estão com o horário reservado para estar aqui? Com o passar da reunião, percebi que essa ausência não seria apenas dessa profissional, mas parecia ser uma cultura. Cada vez que eu parava para contar quantos profissionais estavam presentes na reunião resultava em um número diferente que variou entre quatorze e vinte. Ainda me dava a sensação de não estar dentro de uma sala, mas talvez ainda na recepção.

Um grande fluxo de entrada e saída de profissionais, a porta abrindo e fechando, trazia a sensação de que a reunião estava ocorrendo em um espaço aberto, semelhante ao tempo de espera na recepção. Esta atmosfera desviava a atenção em relação a discussão que se dava dentro da sala. Considerando a importância de um enquadre que permita a distinção entre o dentro e o fora, supomos também uma intersecção entre pacientes e profissionais.

O trecho a seguir ilustra um anúncio de que a reunião será mais administrativa, ou seja, uma possível defesa diante da entrada no momento da tarefa do grupo, quase um combinado para que não passem da pré-tarefa para a tarefa.

O começo da discussão girou em torno de pautas administrativas, Joana inclusive anuncia: “acho que este nosso encontro será mais entre aspas administrativo”. Dentre as questões administrativas chama atenção o cancelamento do próximo matriciamento entre os serviços por ter sido marcado na mesma data que o matriciamento da equipe de ESF com o NASF, ninguém sugeriu tentar encontrar outra data em comum.

Discutir os casos, mostrando suas hipóteses e deixando circular seus afetos, é uma tarefa que exige mais trabalho psíquico do que discutir pautas administrativas. É comum que um grupo se utilize de mecanismos de defesa diante da mudança que o momento da tarefa ocasiona, e é justamente o enfrentamento desses mecanismos que permite a passagem do momento de pré-tarefa para o de tarefa. Considerando que o matriciamento é um encontro, e que como tal possibilita o novo, permanecer com a discussão em um âmbito mais administrativo nos parece ser um sintoma da dificuldade de se deixar afetar pela complexidade da discussão que o atendimento a essa demanda nos convoca. A seguir, mais um momento que parece ilustrar uma defesa diante da passagem para o momento da tarefa, mesmo que essa demonstre uma troca de afeto maior entre a equipe:

Os presentes ficam conversando ainda um tempo, aproximadamente 20 minutos, antes de começarem a discussão. O tema principal era a gravidez de uma das profissionais da equipe. Neste momento tinham aproximadamente nove pessoas, até que a enfermeira sênior diz: “Vou chamar as pessoas, alguém ainda está atendendo?”.

A nosso ver, essa possibilidade de troca entre os profissionais e ampliação de recursos pessoais para a atuação clínica é que constitui a principal potência do matriciamento. Uma vez que esse dispositivo surge para substituir a forma de comunicação precedente, pautada apenas em fichas de referência e contra-referência, a persistência de um funcionamento mais administrativo/operativo parece apontar para uma resistência a mudança subjetiva proporcionada por uma maneira de funcionar que de espaço para os afetos. Ou seja, para tratar de pautas administrativas não seria necessário o deslocamento e encontro de tantos profissionais isso ainda poderia ser feito por folhas de encaminhamento.

A possibilidade do encontro abre para o novo permitindo o surgimento de novos caminhos para a clínica. No entanto, o grupo parece se defender desse desconhecido. Neste caso, conforme já destacado, por mais que o trecho acima ilustre essa defesa do grupo, traz ao mesmo tempo outro elemento que é a possibilidade da profissional falar sobre sua experiência pessoal com este grupo, falando de sua gravidez. Ou seja, parece haver uma ligação entre os membros do grupo, podendo ser essa ligação um caminho para ser um espaço onde podem se mostrar e estar presentes. Retornando a hipótese da defesa diante do momento da tarefa, outras duas passagens, ocorridas em momentos próximos na mesma reunião, ilustram:

Em seguida passam para um outro caso que foi encaminhado da UBS para o CAPS e voltou com a ficha de contra referência. A demanda do menino também ficou perdida no meio da discussão e de falas encavaladas uma em cima da outra. Consegui entender que o menino tinha uma agitação psicomotora significativa e que ele havia quebrado o consultório médico inteiro durante a consulta com o médico de família. Para além disso, conseguia ouvir apenas ruídos da relação entre as equipes que se preocupavam mais em justificar suas condutas do que em aproveitar o momento para compreender o caso e pensar estratégias de cuidado. O tom da discussão assumiu um caráter agressivo, acusatório e defensivo principalmente depois da fala do médico referência para o caso que dizia que “este encaminhamento foi uma falta de bom senso” e ao ser questionado

por Joana sobre o porque dizia isso acrescenta que “não era para esse caso ter voltado”. Essas fala suscitam diversas questões. Bom senso? Seria esta uma ferramenta de trabalho em saúde? Voltado? Parecem ter expectativas de que esses casos graves, que quebram, vão e não voltem.

Gestora da unidade fala “Temos que melhorar nossa comunicação, não apenas com o CAPS Infantojuvenil, mas também com o adulto, não apenas na folha de referência, mas também temos que enviar por e-mail e xerocar quando enviamos algo”. Esta fala ainda assume um caráter de justificativa e de provas documentadas. Penso: E a nossa comunicação em presença?

Nessas passagens percebemos uma preocupação com a passagem do caso mais do que com a compreensão deste, assim como uma maior preocupação com a comunicação via encaminhamentos do que com a comunicação em presença. Falar sobre a passagem do caso parece um território mais conhecido, seria menos inóspito do que se debruçar sobre o sofrimento de um menino que para se comunicar necessita quebrar o consultório do médico. No primeiro trecho acima também percebemos que o grupo começa a se agredir, as falas assumem um tom acusatório enquanto estão discutindo esse caso. No entanto, não associam essa repercussão a algo que possa dizer respeito ao caso, mas vão ao computador e começam a buscar evidências em cópias de fichas de referencias. Em seguida falam sobre a importância da comunicação, ilustrada no segundo trecho.

Ao longo da coleta de dados, algo que chamou a atenção na escuta das reuniões, e que vai ao encontro dessa hipótese em relação a permanência em um funcionamento já conhecido pautado na passagem de caso, foi a frequência do uso de pronomes possessivos. Será que essas falas não ecoam uma expectativa latente de que a discussão objetive a definição de quem cuidará do caso ou a quem pertence o caso e não em pensar estratégias coletivas? Ou seja, parece haver uma desarticulação do coletivo, ou uma resistência a constituição de um coletivo. Esses pronomes possessivos eram usados tanto para se referir aos casos, como aos territórios, e ainda às agentes comunitárias de saúde, conforme ilustramos a seguir em diversos momentos e reuniões:

Em seguida voltam a falar sobre o primeiro caso. Profissionais que estavam de fora, ao se informarem sobre que caso estava sendo

tratado falam coisas como “este caso é difícil”, e ainda “Ah, este caso é o do Dr. Gustavo”, e em resposta o Dr., “é, infelizmente”.

Passam a discutir outro caso de uma paciente e quando concluem quem é a paciente referida uma médica ressalta que esta paciente estava indo à UBS “causando e ameaçando” a gestora da unidade e comenta: “Foi a primeira vez que vi Antônia desse jeito, perdendo o controle”. E pergunta para outro médico presente: “Ela é sua?”, e como resposta obtém: “Infelizmente”. Sendo esta uma resposta afirmativa.

Seguem para o outro caso e ao reconhecerem destacam “ah, este caso é da azul, ele é da Camila”. Chama-me atenção que frequentemente aparecem falas com pronomes possessivos, tipo “esse caso é meu”, “não é mais meu, agora é dele”, “esse caso não é nosso”, “a minha ACS”.

Neste momento o mesmo médico que havia perguntado se não tinha nenhum paciente de sua equipe a ser discutido se levanta e diz: “Vou pedir licença, não tem nenhum caso nosso”. E com esta fala todos os profissionais começam a se dispersar e levantar.

Outra característica que vale ser destacada que aparece em todas as reuniões é a existência de uma lista a ser seguida com os casos para a discussão. Mais a diante discutiremos de maneira mais aprofundada a questão da tarefa com a qual entendemos que a existência desta lista dialogue, uma vez que os profissionais parecem se debruçar sobre a tarefa de dar conta dos casos elencados na lista. No entanto, por hora, o destaque feito aqui para a existência dessa lista se dá pela compreensão de que a tentativa de encerrar os casos da lista também pode acabar operando como mecanismo de defesa ao momento da tarefa, conforme essa passagem:

Antes de passar para o próximo caso, Giovana pede para explicar a lista que está sendo seguida. Ela explica que os nomes que constam nesta se dividem nas seguintes categorias: casos que passaram em acolhimento no CAPS; casos que estão com o PTS em matriciamento; casos que passam no CAPS com alguma frequência e justifica que

“precisam prestar contas sobre essas pessoas”; e casos que passaram pelo hospital geral referência para internações psiquiátricas no território. Com isso, seguem a discussão.

Chama a atenção a observação de que tem uma categoria da lista para a qual os profissionais tem que “prestar contas”. Claro que a lista pode acabar sendo um norteador que organiza e viabiliza a entrada no momento da tarefa. No entanto, em diversas situações ela parece ser mais uma expressão de que o grupo segue em funcionamento semelhante ao momento da pré-tarefa, talvez, como dito pela profissional, buscando “prestar contas” sobre os casos. Em outra reunião:

A gestora da UBS questiona “Vocês não vão discutir todos os casos que mandaram na lista?”. Rafaela responde “Não vai dar tempo de discutir todos”.

Outro significado que poderia ser atribuído a existência dessa lista seria o de que ela pode estar funcionando como um objeto mediador, ou seja, diante da tarefa de entrar em contato com casos tão complexos e que nos aproximam de tantas precariedades, a lista pode oferecer aos profissionais um contorno necessário, algo mais palpável e concreto. Uma fala ilustra a possibilidade de assumirem a gravidade das demandas que atendem:

Segue esse assunto dizendo: “São coisas muito graves que acontecem nesse território”.

Neste caso, ou seja, como uma forma de favorecer o contato com essas situações servindo como um contorno, seria positivo o uso da lista. Até porque, como já destacamos, os enquadres estão significativamente fragmentados. No entanto, de maneira geral, não parece ser o que ocorre na reunião de matriciamento. A seguinte passagem ilustra:

O matriciamento que estava previsto para terminar às 10:00 termina às 9:25. Ao perceberem que não tem mais o que discutir começa um clima de descontração, piadas. Uma profissional da UBS pergunta se não querem matricular o seu caso, referindo-se a si mesma. Começam então a tratar de assuntos referentes a UBS, cronograma de pautas e apresentações de casos nas reuniões internas. Dessa maneira, os profissionais do CAPS apenas pedem para confirmar a data do próximo matriciamento e se retiram. Eu saio com eles nesse momento. Já na parte de fora da sala, confirmo com Giovana o horário previsto para o fim da reunião e o adiantado do horário em relação a este. Ela responde afirmativamente para a distância entre os horários e afirma

que poderia trazer outros assuntos, como por exemplo a diferenciação entre os CAPS que tinha vindo à tona durante a reunião, mas que isso exigiria disposição.

Ou seja, quando terminam os casos relacionados na lista se veem diante de uma tarefa que exige disposição e deixam de seguir, encerram a reunião. A equipe da UBS volta para um assunto mais conhecido e cotidiano e a equipe do CAPS se retira, não seguem ou ampliam a discussão. Além disso, evidencia-se uma dificuldade em estarem juntos, de maneira que quando acabam a discussão em torno da lista cada uma das equipes retorna a sua linguagem cotidiana. A resposta da profissional do CAPS também nos parece defensiva em relação a ao que de novo poderia surgir do simples fato de estarem juntos. Ou seja, permaneceria na reunião para trazer um saber em relação a diferença entre os CAPS.

As piadas e descontração também podem ser uma forma de tornarem mais suportável essas discussões. No entanto, surgem em um momento que acaba cindindo e dispersando a discussão, e não para fazer circular afetos e pensamentos. Em especial a fala sobre a possibilidade de “se matriciar” no tempo que “sobrou” nos parece significativa. Cabe destacar que aparecem falas semelhante em outras reuniões. Para além de uma piada, esta fala nos faz levantar outras hipóteses. Primeiro sugere uma angústia que precisa ser “matriciada”. Em seguida, neste mesmo sentido, aponta para algo da equipe que precisa ser escutado, conteúdos não apenas referentes aos pacientes. Esta segunda hipótese parece também estabelecer relação com o fato de ter alguém escutando, a pesquisadora. Ou seja, a partir do momento que tem alguém atento e implicado em escutar, algo da ordem de um enquadre emerge.

O enquadre não é definido simplesmente pelas condições objetivas e formais, mas por todas as condições que podem se repetir, dar continência, persistência e pertencimento. Atribuir sentido ao matriciamento, alinhar os objetivos e expectativas das equipes envolvidas podem ser em si o início de um enquadre. Assim, quando a pesquisadora anuncia que escutará o dispositivo de matriciamento, já está anunciando um sentido e uma aposta para o dispositivo. Retornando as situações emblemáticas em relação ao papel da lista na reunião:

Percebem que o caso que estava na lista é referência de uma enfermeira que está na “demanda” e Carolina pede que alguém vá cobri-la para que ela posso vir rapidinho à reunião e contar sobre o caso, uma profissional o faz.

Aqui percebemos que a profissional que é referência para o caso é chamada para a reunião para discutir apenas este caso e voltar ao atendimento da demanda espontânea. Compreendemos que a unidade de saúde tem algumas atividades que tem que seguir em

andamento e não estamos discutindo aqui a importância ou não de que estas sigam. No entanto, do ponto de vista do grupo de matriciamento este fato nos chama atenção e merece questionamento. Como este profissional consegue se implicar com a tarefa do grupo? Seu objetivo é passar um relatório sobre os últimos acontecimentos do caso? Prestar contas, “dar conta” dos casos na lista?

Outra hipótese citada anteriormente, seguindo Bleger, que gostaríamos de ilustrar é em relação ao grupo assumir características semelhantes a demanda atendida:

Continuando a discussão sobre essa mesma paciente, a equipe da UBS enfatiza o quanto sua mãe deslegitima os profissionais, desde a ACS até o médico de família, e procura os gestores da unidade para trazer sua queixa.

O que os profissionais fazem com esse sentimento de deslegitimidade? Em que espaços conseguem tratar isso? Será que a deslegitimidade atribuída a reunião de matriciamento reflete o perfil da demanda atendida? O território atendido por essas unidades se caracteriza por uma população em sua grande maioria de baixa renda e que tem acesso parcial a direitos humanos básicos relacionados a educação e bem estar social. Podemos dizer que é uma população deslegitimada pelo estado e, a partir de um olhar psicanalítico para o fenômeno civilizatório, podemos dizer que essa camada da sociedade porta um mal-estar que é expressão do que evitamos enxergar. Neste sentido, as instituições e políticas públicas que se dispõem a cuidar dessa população e a se aproximar desse mal-estar, seguindo Gaillard e Castanho (2014), acabam por “tourear” esse mal-estar. Não é um mal-estar que se domine, o máximo que podemos almejar é tourear. Ainda sobre essa questão seguem outro trecho:

Depois de algumas falas nesse tom, ouço uma fala de outro médico que propõe: “Não vamos ficar chovendo no molhado, mas pensar qual será o fluxo?”, e acrescenta: “Esta é a população que a gente atende, nossa população é rebaixada cognitivamente”. Gestora apoia a fala em relação a pensar o fluxo e inicia a sua fala ressaltando que falará como gestora da unidade dizendo que tem ouvido muito o discurso de que tudo tem que voltar para a atenção primária e acrescenta: “Também não temos como absorver essa demanda”; “O que fazemos com essa angústia?”.

Desde Freud (1930), ao compreendermos que o pacto civilizatório nos convoca a trocar a liberdade possibilitada pela satisfação instintual pela segurança proporcionada pela vida coletiva e civilizada, assumimos que essa troca tem um preço. A segurança nos custa,

nos traz mal-estar, não podemos solucionar isso por completo. Ou seja, a fragmentação do enquadre, está ganhando aqui mais uma interpretação, além da hipótese de que esta fragmentação pode refletir a demanda atendida e os vínculos fragmentado dessa população. Estamos supondo que este mal-estar pode estar ganhando expressão ali através de algo que necessita transbordar, não tem contorno suficiente, como o pacto civilizatório, que sempre transborda. As instituições, ao mesmo tempo que são depositárias desse mal-estar, trazem consigo a possibilidade de coloca-lo em trabalho. Encontramos ressonância nas palavras de Gaillard e Castanho (2014):

No entanto, nosso trabalho de acompanhamento de equipes profissionais indica que tais crises são especialmente evidentes e caricaturais em instituições do campo da saúde e da assistência social, em grande parte pelo lugar que ocupam em nossa sociedade. Notemos que a tarefa primária destas instituições, sua razão de existência, visa especialmente trabalhar com aquilo que, em nossa sociedade, não encontrou lugar ou inscreveu-se como déficit: a morte, a doença, a loucura, a pobreza, a delinquência etc (GAILLARD e CASTANHO, 2014, p. 125).

Outra situação que contribui para esta nossas interpretações é a seguinte. Cabe destacar que esta situação ocorreu em um matriciamento que acontecera após duas reuniões desmarcadas pois a equipe da UBS utilizaria o horário do matriciamento para a realização de treinamentos institucionais. Os treinamentos foram exigidos após uma situação em que um médico da UBS fora sequestrado quando chegava para trabalhar.

Percebem que não tem mais nenhum caso na lista a ser discutido e começam a falar sobre qual é o pior território, o de referência para qual equipe. Parece que o que estão chamando de pior é definido de acordo com a violência. Bruna questiona: “Vocês tem espaços para falar sobre isso?”, Gabriela responde com uma pergunta: “Para os pacientes ou para a gente?” e como resposta: “Estava me referindo aos pacientes, espaços como estes grupos que você citou para mulheres, ou direitos e deveres, mas com o tema específico da violência”.

Aqui, para além da evidência da inter-relação entre as demandas da população e da equipe, percebemos que a necessidade de espaços para falar sobre a violência apontada acaba sendo silenciada. Essa situação nos parece significativamente emblemática. Ou seja, um profissional é sequestrado e não falamos sobre isso? Fomos violentados e precisamos seguir oferecendo espaços de cuidado para a violência, mas em que espaços conseguimos elaborar o vivido? A priorização por treinamentos em detrimento da reunião de matriciamento também sugere que para prevenir novas situações de violência os profissionais precisam ser amparados por mais técnica e não por espaços de cuidado. E mesmo que tem o poder

onipotente de prevenir situações com essa. Assim, a violência aparece atuada, conforme essa situação na mesma UBS:

Passam para o próximo caso que é de uma paciente que faz um uso grave de substâncias psicoativas. Perguntam para uma agente comunitária: “É sua?” e respondendo afirmativamente conta sobre o caso e demonstra-se apropriada de sua história. Uma outra agente comunitária também começa a falar sobre o caso, ressalta que o marido dela também é usuário de substâncias psicoativas e “deu uma pisa nela”, falando que não quer receber mais visitas dos profissionais de saúde. Com isso, contam que não fazem mais visitas a essa casa, demonstram ter medo, ressaltam que ele é violento e não deixa que elas entrem. Fico com a impressão de que o fato das duas agentes comunitárias falarem juntas parecia uma estratégia para serem ouvidas. A médica da equipe responde: “Eu vou fazer uma visita para eles” e as duas agentes comunitárias quase em coro ressaltam: “Doutora, ele é bem violento”. A médica parece não escutar e, em tom de onipotência, segue ressaltando que fará a visita.

Entendemos que a atuação da violência pode denunciar uma necessidade de elaboração, pois toda a atuação traz consigo uma tentativa de elaborar o que não está encontrando caminho pela via da palavra. Mas, especialmente neste caso, para além de uma atuação que pode abrir caminhos para a elaboração, relacionamos esta com uma possível invasão ao enquadre proporcionada pelas rupturas. Sucessivos pactos que se quebraram e comprometeram separações protetivas, a seguinte passagem esclarece:

Bruna segue contando que os últimos dois matriciamentos com a UBS Palmeiras não ocorreram, foram desmarcados pela equipe da UBS. E que desde que o médico Rogério havia sido sequestrado não tinha mais ocorrido as reuniões. Peço que me conte mais sobre essa ocorrência e ela conta que ele havia sido sequestrado ao chegar no estacionamento da unidade pela manhã e passara algumas horas em cativeiro. Considerava que sua sorte foi que manteve a calma, acrescentando que se fosse com ela não imaginava-se ficando tão calma. Bruna segue contando que haviam ocorrido outros crimes com profissionais das unidades e que durante dois meses pairava um clima de “quem será o próximo”. Divido minha sensação de medo e

insegurança e minha lembrança de que este caminho em que o médico tinha sido sequestrado era o mesmo que eu tinha acabado de fazer nessa manhã. Ela ressalta que este foi o sentimento de todos ali durante esses meses. Questiono sobre um conhecido pacto velado entre o crime organizado e os serviços de saúde da região de que com os profissionais de saúde não se mexia. Bruna me conta brevemente sobre as articulações feitas com essa “lei paralela” através dos Conselhos Gestores das unidades, mas diz que não havia ficado claramente resolvido, apenas sugeriram que os profissionais fizessem outro caminho para chegar na unidade. Nesta hora fiquei com um sentimento de muita impotência.

Conforme destacamos inicialmente, observamos certa diferença entre as duas UBS no que diz respeito aos fragmentos no enquadre, mesmo que de maneira geral essas características tenham aparecido em ambas, e que entre os CAPS a diferença foi menos significativa. Temos algumas interpretações para essa diferença, que valem ser sublinhadas.

Em primeiro lugar, entendemos que a situação específica do trauma vivenciado na UBS, conforme destacado nas passagens acima, reverbera no corpo do grupo um funcionamento da ordem do traumático. Em segundo lugar, mantendo diálogo com essa primeira hipótese, supomos que as características próprias da população de cada território contribuam para essas diferenças. Neste sentido, cabe destacar que no território da UBS Palmeiras, em que ocorreu o sequestro, o índice de violência é significativamente alto.

Por fim, identificamos que, na UBS Olga, em que o enquadre parecia mais preservado, havia uma figura de coordenador do grupo. Neste sentido, entendemos que a ligação de cada um dos membro do grupo com o líder é algo que libidinalmente mantém o grupo ligado, torna-os pares e possibilitando uma coesão. Esta coesão pode favorecer uma preservação do enquadre, uma vez que, como já destacado, o enquadre não é formado apenas por condições objetivas. Não entraremos mais a fundo nas diferenças percebidas, especificando o funcionamento em cada uma das UBS, uma vez que nossos objetivos aqui se referem ao dispositivo de matriciamento e não a cada um dos territórios especificamente. Neste sentido, ressaltamos aqui as interpretações que nos levam a compreensão do que está em jogo psiquicamente no funcionamento do grupo funcionamento dos profissionais em matriciamento e que ganham expressão no corpo do grupo.

5.2. Ganhando Corpo – Aproximações

Mesmo compreendendo que o enquadre do dispositivo de matriciamento esteja mais fragmentado, gostaríamos também de discorrer aqui sobre alguns momentos em que observamos que algo pode acontecer, ou que o grupo consegue caminhar em direção ao momento da tarefa. Ou seja, nesses momentos percebemos que o grupo consegue se constituir enquanto tal e, assim, operar como continente e oferecer suporte para uma discussão mais afetiva. Ou melhor, criam-se condições para uma discussão onde possam circular sentimentos, pensamentos e ações, como pressupõe-se o momento da tarefa. Entendemos que esses traços de grupo já trazem consigo um efeito clínico. Assim como para emergir um sujeito tem que ter um outro sujeito que oferece-lhe uma aposta, esses momentos podem constituir uma aposta nesse espaço para que esse aconteça, ou venha a emergir.

O que estamos considerando aqui como momentos em que “algo acontece”, são os momentos em que percebemos que o grupo consegue aproveitar e se nutrir da presença do outro, ou seja, do encontro. As passagens a seguir ilustram momentos como início de reuniões em que os presentes se apresentam antes de começar a discussão, desfechos de discussões em que os serviços tiram como conduta uma intervenção compartilhada, momentos onde reconhecem seus limites, relatos de casos deixando transparecer o impacto afetivo de seu atendimento, situações de troca ou de legitimação do saber do outro, situação em que a equipe da UBS demonstra se sentir amparada a partir do apoio matricial recebido e situações em que a reflexão permite a ampliação das estratégias de intervenção.

Como pano de fundo para a análise desses momentos, gostaríamos de expor a noção de *vínculo rede* de Pierre Benghozi (2010), sua importância e função psíquica, que entendemos dialogar intimamente com os nossos objetivos. Nas palavras do autor: “Proponho o conceito de vínculo psíquico rede. Isso questiona, muito além dos aspectos formais e funcionais de uma prática de rede, frequentemente, a dimensão psíquica de um vínculo psíquico-rede” (BENGHOZI, 2010, p. 35). Ou seja, trata-se da função psíquica desse vínculo, que vai além da proposta operativa de um trabalho em rede.

Para explicar sua proposição de *vínculo rede*, Benghozi recorre a imagem de malhagem que seria, quase literalmente, o conjunto de malhas formadas pelos vínculos, constituindo um continente. Este continente seria definido por sua função de distinguir um espaço, marcando separação entre dentro e fora, no qual se faz possível a elaboração e uma transformação psíquicas. O autor fala em diversos continentes que constituem nossa genealogia, são estes continente grupal genealógico familiar, continente genealógico comunitário e continente institucional. Até este momento de sua proposição suas imagens

estão próximas dos autores que discorrem sobre a função grupal da constituição psíquica. No entanto, sua principal contribuição para o nosso trabalho surge da transposição destes postulados para a rede, supondo a possibilidade de *espaços de intercontinência* (BENGHOZI, 2010). Mais uma vez nas palavras do autor: “Por exemplo: como entre dois continentes um novo vínculo pode se estabelecer?” (BENGHOZI, 2010, p. 36).

Para assumir a suposição de que possa haver um novo vínculo entre dois continentes temos que supor que a fronteira entre o dentro e fora desses continentes seja porosa. Ou seja, por mais que constitua um contorno, estão abertas a novas ligações e que estas, por sua vez, também possam significar novos continentes. Para isso, também temos que assumir que estes continentes estão em movimento. O autor fala em movimentos de “malhagem, desmalhagem e remalhagem”, e, com isso, também diferencia a rede de uma instituição, afirmando:

A vida de uma rede supõe um espírito particular, uma disponibilidade, uma cultura. O nascimento e a prática de redes confrontam-se necessariamente com um trabalho sobre as resistências à mudança. Com efeito, a transversalidade convida a uma renegociação das territorialidades psíquicas. Isso remete, no nível narcísico, a espaços identitários suscetíveis de serem ameaçados e, no nível imaginário, à confrontação entre espaços de poder (BENGHOZI, 2010, p. 40).

Estamos falando de uma realidade psíquica dinâmica e efêmera, com sede de movimento. O vínculo rede suporta as ligações desse tempo-espaços de transição. Desta maneira, é importante que a rede não se constitua como uma estrutura fechada, mas que suporte essa plasticidade da transformação e possibilite novos arranjos. Mesmo assim, o vínculo rede constitui um continente, um suporte para o processo, ainda que plástico. A complexidade dos conteúdos a serem elaborados não se encerram nos contornos dos continentes já estabelecidos, mas também não se desgarram completamente destes.

A relação do vínculo rede com a reunião de matriciamento, a nosso ver, é evidente, uma vez que há a tentativa de intercomunicação entre continentes a partir da percepção de que os continentes, ou, no caso, os serviços, separadamente não dariam conta da demanda. Para esse contexto, se fazem pertinentes as recomendações do autor para a postura facilitadora da criação do vínculo rede, a partir do reconhecimento da diferença, “O caráter personalizado da troca, a confiança existente nas relações entre nós e o respeito das competências de cada um facilitam a mobilização pertinente de um vínculo rede (BENGHOZI, 2010, p. 47).

Com essa concepção como pano de fundo, retornamos aos trechos das reuniões para ilustrar momentos que, em meio a essa efemeridade de conteúdos que ressoam nas reuniões de matriciamento, podem emergir pequenos continentes constituindo efeitos clínicos. Na passagem a seguir, antes de começar a discussão dos casos propriamente dita, uma

profissional sugere que todos se apresentem e faz uma breve retomada sobre os objetivos da reunião que se seguirá:

Joana sugere então que comecem o matriciamento e que todos façam uma rodada de apresentações. (...) Após as apresentações, Joana esclarece brevemente sobre o espaço de matriciamento e sua periodicidade bimensal.

Compreendemos que, neste caso, esta sugestão, além de ter convocado os profissionais para estarem presentes enquanto pessoas, constitui um ritual que tenta servir como contorno, separação entre dentro e fora. Ainda neste sentido, a caracterização do matriciamento os convoca a estarem presentes neste objetivo durante este espaço de tempo.

No trecho a seguir ilustramos um momento onde o pedido feito na discussão abre para a troca e, assim, uma discussão que amplia:

O caso era de um menino que referia ter desejo de morrer, descrevia-o como muito agitado, se auto agredia e referia alucinações auditivas. A médica trazia como demanda não saber como medicá-lo. As profissionais que relatam o caso conseguem contar de suas experiências ao atendê-lo, ou seja, não trazem um relato descritivo e distante. Karen legitima o acompanhamento com a equipe de atenção primária antes de encaminhá-lo ao CAPS. Questiona o que seria para ele e sua família serem inseridos em um serviço destinado ao cuidado de casos graves?

Aqui observamos que a demanda trazida pela médica não é a de passar o caso, mas de receber apoio, ou compartilhar questionamentos sobre a medicação. Esses questionamentos também afirmam o caráter complexo da clínica, ou seja, prescrever uma medicação não é uma tarefa puramente exata e objetiva a ser respondida de maneira apenas técnica. Assim como quando a profissional do CAPS legitima o saber da atenção primária, percebemos a importância dessa troca e do reconhecimento do outro. Essa mesma profissional abre a discussão para a reflexão de como seria determinada conduta para essa família o que sugere uma preocupação com o caso para além das demandas burocráticas e ainda um reconhecimento dos limites do serviço. Ainda podemos observar que na reunião em que ocorreu essa discussão os profissionais tem a possibilidade de trazer um relato afetivo do caso o que a nosso ver traz a dimensão da clínica enquanto acontecimento real e não apenas teórico e técnico. Outro momento dessa reunião:

O próximo caso é acompanhado tanto no CAPS como na UBS. Profissionais da equipe de NASF trazem a melhora que percebem no caso. Os profissionais que falam parecem apropriados do caso, falam suas percepções em relação a mãe do paciente e os questionamentos que ela está tendo a possibilidade de fazer, depois das intervenções de ambos os serviços, como um indício também de melhora no caso. Concluem dizendo que o caso está evoluindo para uma alta do CAPS, e enfatizam que o menino está inserido em outros espaços da rede. Profissional do NASF afirma que considera que não precisam continuar investindo no matriciamento para esse caso.

A discussão desse caso dá a entender que ambas as equipes seguiram investindo no atendimento deste paciente no período em que ele estava no CAPS, ou seja, não tinham a demanda de passar o caso, mas de compor o seu atendimento. A consideração de que a possibilidade da paciente fazer questionamentos constitui um indício de melhora parece algo positivo e sugere também a percepção de que quando os profissionais refletem, a paciente também ganha espaço para refletir. Dessa mesma maneira, quando reconhecem o vínculo com a rede também como um sinal de saúde, reconhecem a potência de que eles mesmo façam rede. Por fim, quando a profissional do NASF fala que não precisam mais investir em trazê-lo para a reunião de matriciamento, parece demonstrar que suas discussões cumpriram a função de apoio matricial e reconhece a potência desse espaço sugerindo que a partir desse momento a equipe se sente empoderada para seguir o cuidado.

As duas passagens a seguir, ocorridas em reuniões diferentes, ilustram tanto a tentativa dos serviços de se amparar a partir de condutas compartilhadas como o reconhecimento da rede e de seus limites.

Joana conclui dizendo que levará para a equipe do CAPS para pensarem algo diante da situação apresentada. Sugere que pensarão em uma visita compartilhada e em uma reunião de rede e acrescenta que talvez para esse caso teriam que pensar nos limites da rede de saúde e pensar junto a assistência social especializada (CREAS) as possibilidades reais para um acolhimento institucional de um menino de 17 anos.

Principalmente neste caso a palavra circula muito. E com isso noto que em todas as discussões aparecem os termos atendimento

compartilhado e são citados diferentes serviços das redes de educação, assistência social e proteção da criança e do adolescente. Chama-me atenção também o fato de que quando falam em fazer um contato com algum equipamento da rede a equipe da atenção primária se prontifica e o fazer.

Em diálogo com esses trechos, conforme destacado anteriormente, Gaillard (2015) discorre sobre a importância do amparo do grupo para o profissional que se dispões suportar uma relação transferencial. Na verdade compreendemos que a própria conduta compartilhada já aponta para o reconhecimento de um limite de atuação para cada serviço e para a aposta de que o caminho para passar por esse limite seria o de compartilhar, desta maneira, assumindo-se como não totais. Ainda neste sentido, “Integrar a parte da morte e acordar um lugar para a depressão são trabalhos demandados de todo grupo humano e de cada sujeito” (GAILLARD e CASTANHO, 2014, p. 133).

As situações seguintes, ocorridas em reuniões distintas, também apontam essa direção:

Neste momento Ana ressalta “Cada vez mais eu percebo que as nossas demandas dizem respeito a um contexto mais amplo do que o da saúde”. E Carolina responde “Mas é isso que me angustia”.

Alguém bate na porta. Entram duas pessoas. Gestora da UBS apresenta estas e os serviços presentes mutuamente, são duas profissionais de um CCA (Centro da Criança e do Adolescente, serviço vinculado ao CRAS) da região. Me surpreende positivamente o fato de terem chamado profissionais de outro serviço para a reunião. Além de serem de outro serviço, este é da rede de assistência social, o que traz uma conotação intersetorial para esse matriciamento.

A possibilidade de falar sobre nossa angústia muito provavelmente não remediará todo um contexto sócio-político ou mesmo a complexidade do humano ao se deparar com seus limites e finitude. No entanto, mais uma vez a aposta é de que quando nos dispomos a viver essa angústia juntos esta possa se tornar mais suportável, nos possibilitando visualizar caminhos diante do irremediável. Assim, faz-se um investimento no grupo e entendemos que os processos de grupo passam a ser possíveis a partir do momento que existe um investimento na ideia de grupo, ou seja, existe a possibilidade de criar uma ilusão grupal

comum, na qual se possa investir libidinalmente. As seguintes passagens, ocorridas em reuniões diferentes, mas na mesma UBS, ilustram:

Neste momento uma médica que suponho seja a psiquiatra do NASF, não fica claro, pede que seja marcada uma consulta compartilhada entre ela e o psiquiatra do CAPS.

Neste momento duas coisas me chamam atenção. Primeiro o fato de que as condutas e conclusões para os casos com frequência apontam para um caminho compartilhado. Segundo, o fato de que quando começam a falar de um caso, não fazem uma retrospectiva do histórico do caso. Mais do que uma negligência ou esquecimento, esta forma de funcionar parece sugerir um processo de continuidade nas discussões dos casos, uma possibilidade de relatá-los mais livremente e uma apropriação destes por parte dos profissionais presentes.

Vale aqui retomar Freud (1927) para entender o que estamos sugerindo com importância da ilusão e em que medida isso opera na psique do grupo. Ao discorrer sobre o trabalho da cultura, Freud destaca o desamparo proporcionado pelo desfecho dos conflitos infantis (no caso dos neuróticos) como motor para a constante busca por figuras protetivas substitutas. Esta constante busca, possibilitada pela marca da falta, ou da castração, é que permite o surgimento das instituições, dos grupos e, assim, da cultura, sendo um eterno trabalho não solucionável, como já destacado. Nas palavras do autor:

É um enorme alívio, para a psique individual, que os conflitos da infância originados do complexo paterno (e nunca inteiramente superados) lhe sejam tirados e levados a uma solução aceita por todos.

Se afirmo que todas essas coisas são ilusões, tenho que delimitar o sentido da palavra. Uma ilusão não é idêntica a um erro, tampouco é necessariamente um erro (FREUD, 1927, p. 267).

Como sugere Freud (1927), o grupo se faz possível e almejado a medida que podemos compartilhar uma ilusão que ameniza nossa angústia diante do desamparo. O compartilhamento dessa ilusão proporciona um sentimento de maior segurança, controle e, muitas vezes, totalidade. Em seguida, o autor ressalta a diferença entre uma ilusão e um erro, o que nos parece fundamental no que tange sua função psíquica. A ilusão traz consigo uma grande dose de desejo e não é contrária a realidade. Buscando a satisfação de um desejo, busca constante de nossa economia libidinal, floreamos a realidade, transformando-a e criando-a. Assim, se esta ilusão pode ser compartilhada, pode se aproximar ainda mais da realidade, pois torna-se de fato real para este grupo ou para esta instituição.

Tendo isso em vista ao olhar para o matriciamento como um grupo, percebemos a importância de que este grupo invista libidinalmente na ideia de ser um grupo, ou na ideia que une o grupo, em sua ilusão grupal. Esta, por ser uma ilusão, não se distingue da realidade, mas funda-a e possibilita o movimento deste grupo.

Voltando para sua expressão nos trechos das reuniões:

A mesma segue contando que no começo não conseguiram supor uma hipótese diagnóstica para a paciente, a acharam apenas esquisita, e em seguida pensaram em um Transtorno de Personalidade. Ressalta ainda que estão a atendendo semanalmente para dar um contorno a ela. Como conduta Bruna ressalta a importância de um atendimento compartilhado para que ela entenda que os serviços estão alinhados.

Neste passagem percebemos que a fala em relação a tentativa de oferecer contorno a paciente vem seguida de uma aposta de que os serviços possam estar alinhados. Ou seja, o investimento libidinal na ideia de atuar conjuntamente oferece contorno. Não apenas para a paciente, mas também para a equipe.

O trecho a seguir ilustra a tentativa dos profissionais de elaborar uma situação a partir da troca de afetos e do contorno grupal:

No entanto, no geral a discussão desse caso pareceu demonstrar uma tentativa da equipe de elaborar a situação incestuosa e de tamanha violência e quebra de direitos com a qual se deparavam. As falas não traziam a pretensão de um encaminhamento, mas de poder falar, ser ouvido e compartilhar. Além de esboçarem a busca por um olhar clínico, ou seja uma tentativa de passar das queixas manifestas do caso para a sua demanda latente, suas falas deixavam transparecer seus sentimentos, principalmente de indignação, apareciam falas como “Já chorei ao falar desse caso”, “Tenho vontade de leva-los para casa”.

A discussão de um caso que envolva tantas violências e quebra de vínculo traz consigo significativo potencial traumático para a equipe de profissionais. Quando dizemos potencial traumático, ideia que já foi trazida, nosso intuito não é o de entrar no tema do trauma que exigiria por si só especial atenção. No entanto trazemos a imagem do trauma para ressaltar a importância de um contorno para o grupo e demonstrar nosso entendimento de que essa passagem exemplifica algum desses momentos em que o grupo toma forma e, assim, contorno e força. Isso por que uma situação se torna traumática quando nos deparamos com um

estímulo com o qual não temos recursos para lidar, ou seja, extrapola nossos limites, nosso contorno, nos despedaçando. Quando, ao invés de se despedaçar, o grupo encontra formas de falar, elaborar, fazer circular, como nessa passagem, a possibilidade é a de retomar o contorno para, então, seguir. Ou seja, mesmo que nesse momento não se tenha podido nomear uma conduta, isso não significa que nada tenha acontecido, muito pelo contrário.

Talvez possamos dizer que nesse momento o grupo, para reconstituir seu contorno, pôde, através de seu sentimento de indignação comum, investir na ilusão comum de que o incesto e a violência social deixariam de ocorrer pelo simples fato de serem errados, ilegais. Desta maneira, recuperam a dimensão da lei, que garante a segurança dos membros desse grupo. Podemos fazer diferentes arranjos psíquicos diante da lei, mas não conseguimos negá-la, pois é ela que nos concede o lugar de humanos. Cabe destacar que, considerando a problemática da constituição psíquica, o incesto encontra lugar privilegiado nos desejos que não cessam de pedir satisfação e para o qual temos que encontrar substitutos simbólicos e culturais partilhados.

Como já destacado, a frequência com que essas equipes se deparam com casos com tamanha quebra de vínculos é muito alta. São frequentemente convocados a tomar decisões que os defronta com uma imensa precariedade humana, bem como com a fragilidade dos contornos civilizatórios que culturalmente oferecemos para nossas pulsões. São frequentes decisões como: uma criança deve ou não ser acolhida institucionalmente após ter sofrido violência sexual; como auxiliar uma família com um filho em surto psicótico, agressivo, mas que não tem dinheiro para comprar a passagem de ônibus e chegar ao equipamento de saúde; como ajudar uma mãe a investir energia em um filho que rouba o botijão de gás com o qual cozinha para seus outros cinco filhos? Neste sentido, retomamos a importância de dar lugar para a pulsão de morte nessas instituições, e colocá-las em trabalho. Dessa vez nas palavras de Gaillard e Castanho (2014):

Ocorre que essas instituições são herdeiras da demanda social de mascarar o mal-estar que atormenta nossa cultura. Desse modo, elas são o teatro de incessantes movimentos passionais nos quais a violência atuada disputa incessantemente com o *trabalho da cultura* (ZALTZMAN, 1999), condenando-as a comporem massivamente com o *desligamento pulsional* e a *pulsão de morte* (GAILLARD e CASTANHO, 2014, p. 125).

Assim, considerando a possibilidade de se despedaçar diante do trauma, ou do frequente contato com situações traumáticas, entendemos que a possibilidade de recuperar o corpo para suportar essas situações, pode ser mais válida do que um encaminhamento ou uma decisão, o que é ilustrado na situação anterior na qual os sentimentos dos profissionais podem circular mesmo que não cheguem a uma conduta a ser operacionalizada. A breve passagem a

seguir também exemplifica estes argumentos, bem como a constância de notícias difíceis de digerir e elaborar:

Uma enfermeira comenta: “Até que enfim uma notícia boa”.

Conforme destacado anteriormente, percebemos uma significativa diferença entre as reuniões de matriciamento nas duas UBS. Uma das hipóteses destacadas para isso foi a figura de coordenação que emergiu em uma delas. Destacamos um trecho que ilustra:

Ao finalizar esse caso, Karen pergunta se alguém quer sugerir outro antes de partirem para o seguimento da lista. Diante de um breve silêncio seguem para o próximo caso que consta na lista. Quem está com a lista impressa em sua mão é a gerente da UBS e durante todo o encontro é ela quem vai organizando a discussão, mas sem interromper o que está sendo falado pelas equipes, deixando o tempo da discussão de cada caso se dar e fazendo uma coordenação da discussão que parece trazer um contorno organizador.

Aqui percebemos que a figura de um coordenador (não da UBS, mas do grupo) favorece o contorno grupal, permitindo que o grupo entre no momento da tarefa. A lista existe para dar um norte, mas não fica enrijecida, permite que outras coisas possam ser faladas, mesmo que fique um silêncio neste espaço aberto. O fato da coordenadora deixar que o tempo das discussões se dê e ainda chamar o grupo para a tarefa demonstra que talvez nesta situação os sentimentos, pensamentos e ações do grupo possam ter circulado conjuntamente. Outro momento que pode evidenciar a possibilidade de afetos circularem junto com a tarefa, que ocorreu na mesma reunião, é a seguinte:

Com isso, Karen sugere um outro caso para ser discutido e ao falar o nome deste ouvem-se alguns suspiros da equipe em meio a um breve silêncio. Karen fala que se preferirem também podem deixar esse para o fim, mas dessa vez pareceu ser uma resposta à angústia que os suspiros pareciam expressar. Mas seguem em frente na discussão.

Outros momentos que estamos entendendo aqui como facilitadores de um contorno são aqueles em que se evidencia o acontecimento do Apoio Matricial de fato. Ou seja, momentos em que o CAPS oferece suporte técnico para a equipe da atenção primária e a partir desse apoio a equipe se ampara para manejar questões de saúde mental na UBS sem que esse paciente tenha que estar no CAPS. Cabe destacar que essa seria a principal diretriz prevista pelas equipes em matriciamento, no que tange o matriciamento enquanto dispositivo político. Esta previsão supõe que o apoio técnico oferecido possa transformar a prática da

rede. Neste sentido, o objetivo seria o de, através da discussão de casos atendidos em comum, construir um saber que ampare as diferentes formas de intervenção em saúde mental neste território.

Para além da previsão política, entendemos que a aposta na construção de um saber possa operar como uma ilusão grupal facilitadora da constituição do grupo. Desta maneira, a tarefa de discutir casos abriria um espaço para transformar sua atuação e não apenas “passar os casos” ou “decidir condutas”. Isso porque o investimento libidinal feito na discussão, ou na criação de um saber para este caso, abriria a possibilidade de criação de recursos para atuar em outros casos com demandas semelhantes. Recursos estes não apenas teóricos e técnicos, mas também pessoais e afetivos, que se fazem muito importantes quando estamos falando de um trabalho no qual a principal ferramenta é o vínculo. As situações a seguir, ocorridas em diferentes reuniões, esboçam:

Bruna me conta um pouco do processo de matriciamento com essa unidade. Conta que no começo era difícil que a gestora reconhecesse esse espaço como potente e insistia que permanecessem na reunião apenas os profissionais que eram referência para os casos pautados pelo CAPS. Destaca que hoje percebe que este espaço passou a ser reconhecido e que a equipe da UBS consegue ver o CAPS, através desse espaço, como uma referência técnica para eles.

Conta que ele teve um surto, mas entende que agora ele está melhor e ressalta que ele tem uma recusa em ir ao CAPS, mas entendem que tudo bem seus cuidados permanecerem na UBS. Concluem entendendo que neste caso o CAPS poderia ficar apenas de retaguarda. Joana ressalta: “Tudo bem, então qualquer coisa vocês nos chamam”.

Falam sobre mais um caso. Ao contar de seu acompanhamento na UBS, a profissional do NASF que o trouxe ressalta que o objetivo de trazer para o matriciamento é pensar que lugares da rede podemos pensar um cuidado e um diagnóstico para um possível “transtorno de processamento sensorial”. Acho interessante o fato de que a profissional reconhece o matriciamento como um espaço de pensar a

rede para além da conclusão de se a menina tem ou não demanda para estar no CAPS.

Ou seja, em todas essas situações percebemos que a suposição e a confiança em um saber do CAPS e na existência de um espaço de compartilhamento desse saber, trazem sustentação para o trabalho. Além do apoio matricial feito na reunião também há a possibilidade de que este apoio seja oferecido a partir de atendimentos compartilhados. Assim, além dos ganhos já ressaltado em relação a atuação conjunta, essa forma de apoio também traz a possibilidade de que os profissionais aprendam com a atuação do outro, além de se aproximarem entre si e do caso. Ainda outra passagem que aponta essa direção:

Contam que quando discutiram o caso com a ACS ela disse que “não vai a casa dela porque ela está surtada”. Falam também da dificuldade que foi conseguirem ser recebidos por ela nas diversas tentativas de visitá-la, conseguiram o fazer apenas quando foram acompanhadas da técnica do CAPS Infantojuvenil com quem ela tinha vínculo.

Ainda na tentativa de destacar os ganhos quando a discussão aponta para um caminho em que a reflexão e ampliação do olhar são possíveis, seguem duas passagens ocorridas em diferentes reuniões:

Nesse momento vários profissionais começam a falar ao mesmo tempo. Em meio as estas falas, chama-me atenção positivamente alguns questionamentos em relação ao desejo do menino para além da queixa trazida de “fugas de casa”. Falas como: “O que ele fala sobre essas fugas?”, “Ele é super inteligente, diz que quer conhecer o mundo”, “Faz sentido ele estar em Curitiba já que quer conhecer o mundo”.

Se debruçam em pensar alguma intervenção e/ou um convite a aproximação que a paciente possa seguir. De maneira geral, isso é algo que me chamou atenção nesse matriciamento, as equipes se esforçam para pensar em condutas que possam ser seguidas de acordo com o que escutam do paciente, e não encaminhamentos que dialogam mais com os fluxos de cada serviço.

Na primeira passagem, mesmo que os profissionais comecem todos a falar ao mesmo tempo prejudicando sua escuta, entendemos que pode ser um momento onde deixam-se tocar

e ressoar o caso. A partir disso cria-se a possibilidade de que busquem sentido para o que o paciente traz, seus questionamentos ao invés de encerrar sua demanda, abrem espaço. A segunda evidencia a tentativa da equipe em se oferecer para a cura do paciente, tentam fazer uma intervenção a partir do que escutam.

Com a exposição dos trechos feita nesta sessão esperamos ter ilustrado momentos em que, mesmo com os entraves percebidos em relação ao enquadre, o espaço de matriciamento possibilita um acontecimento clínico. A tensão entre esse momentos de sustentação e os momentos em que o enquadre se fragmenta dizem também de uma tensão própria a construção do matriciamento. A tensão também é uma tentativa de ligação.

5.3. A noção de Tarefa como Articulador

Aqui tentaremos articular os momentos ilustrados nos primeiros dois subitens desse capítulo através da noção de tarefa. Apresentaremos mais alguns trechos emblemáticos do que supomos estar em jogo psiquicamente nas relações e estratégias defensivas que esse grupo estabelece com sua tarefa. Ou seja, buscaremos esclarecer nossa percepção em relação a fragmentação percebida no enquadre que ocasiona que os efeitos clínicos aconteçam também de forma fragmentada e não com a entrada do grupo no momento da tarefa.

Para isso temos duas principais hipóteses que correm simultaneamente: a primeira se relaciona com o fato de existirem diferentes tarefas compreendidas pelo grupo e, assim, com a suposição de que esta falta de clareza possa contribuir para um enquadre fragmentado. A segunda, em relação a toda a problemática psíquica relacionada às resistências diante de uma iminente mudança subjetiva proporcionada pelo momento da tarefa. Ou seja, compreendemos que o fato de a tarefa explícita não estar clara, pode estar em jogo nessa dificuldade do grupo em suportar o momento da tarefa, no entanto, isto se dá ao lado do que discutiremos mais a frente a partir do conceito psicanalítico de ‘resistência’.

Neste sentido, nosso primeiro questionamento seria: diante de qual tarefa os profissionais se debruçam na reunião de matriciamento? A partir de nossa observação, percebemos que esta tarefa não estava clara. Observamos ainda que há um excesso de tarefas e de expectativas que pretendem ser supridas com o matriciamento, o que também aumenta a chance de um desfecho frustrante em seu acontecimento real. Este é um dos caminhos para entendermos a angústia vivida pelos profissionais diante do matriciamento. Surge aí uma contradição, um dispositivo que surge para abrir o diálogo e, através das trocas poder elaborar angústias vividas nos atendimentos pela possibilidade de realização de uma leitura mais distanciada destes, acaba se constituindo como um espaço angustiante.

Muitas vezes parecia que os profissionais se debruçavam sobre a tarefa de “dar conta” da demanda dos pacientes discutidos e essa sim me parece uma tarefa angustiante, uma vez que pressupõe uma onipotência. Além dessa tarefa, outras estavam postas ali, ao menos em minha leitura da situação. Primeiro, as tarefas propostas pelas portarias que regulamentam esse dispositivo: apoio matricial, ou seja, o serviço de atenção especializada oferecendo suporte para que a atenção primária consiga responder a maior parte das demandas de saúde de determinada população; e ainda a construção de um trabalho em rede através da criação de relações mais estreitas entre os serviços. Segundo, a tarefa imposta pelas metas quantitativas: discutir o maior número de casos possíveis, ou mesmo, discutir todos os casos atendidos em comum pelos dois serviços, “dar conta” destes casos. E, por fim, a tarefa que eu observava: como resgatar a dimensão clínica dos atendimentos, ou como transformar este encontro em um espaço de *a posteriore*, aproveitando o encontro para trocas e reflexão.

As seguintes passagens ilustram a angústia em relação a ter que “dar conta” dos casos e do quanto esta tarefa “não cabe” ali. Estas ocorreram em reuniões diferentes, mas com os mesmos serviços, ambas ao final da reunião:

Joana fala que o tempo da reunião já havia se encerrado, pois tinham um limite de horário até às 11:00. Mais uma vez não olhei no relógio, mas calculo que já passavam de 11:25. Antes de acabar Joana expõe os casos que tinham sido solicitados pela equipe que fossem discutidos, o que não havia ocorrido pois entendia que teriam “ficado mais nas urgências”. Rui fala que precisa passar mais um caso antes de acabar. Penso: o que não está cabendo aqui? Ele passa rapidamente a devolutiva de encaminhamentos sobre um caso grave já discutido em outros matriciamentos.

Joana olha para a lista para ver o próximo caso e se dá conta de que já são 11:00, horário em que está previsto o término da reunião. Questiona “Agora não sei se termino ou se falo rapidamente desses casos”, parece considerar a importância de que os casos sejam discutidos. Alice responde “Passa só esse aqui que é rapidinho”.

Outra possível compreensão da tarefa explicitada seria voltada para um rendimento quantitativo e operativo da reunião. Esta se expressam nas seguintes passagem referentes a mesma reunião em momentos distintos:

Bruna me explica sobre o formato dessa reunião e ressalta que em

seu ponto de vista este é um formato que funciona bem com essa UBS. Participam dessa reunião os médicos e enfermeiros de cada uma das equipes e todos os agentes comunitários de saúde, uma parte das equipes faz a discussão com o CAPS das 10:00 às 11:00 e a outra das 11:00 às 12:00. Segundo Bruna, a gestora da UBS também considera este um bom formato, uma vez que as equipes conseguem seguir seus atendimentos na hora em que as outras equipes estão em matriciamento.

Bruna pergunta se tem mais alguém da lista que reconheçam. O médico da equipe azul pergunta: “Não tem nenhum caso da equipe azul?” Não obtém resposta.

Seguindo ainda a ilustração das possíveis compreensões de tarefas, em uma reunião a formação das cadeiras nos chamou atenção nesse sentido:

Também reparo na disposição das cadeiras, tem duas rodas, uma dentro da outra e os agentes comunitários de saúde estão em sua maioria na roda “de fora”, como se assistissem a reunião.

Temos duas principais interpretações para essa formação física no que dizem respeito a tarefa. Primeiro em relação a uma expectativa de que a discussão gire em torno de compreensões técnicas dos casos, ou seja, apenas os profissionais com formação técnica ocupam a roda “principal”. A segunda em relação a resistência a mudança proporcionada pelo momento da tarefa. A participação de agentes comunitárias da saúde no atendimento a população usuária do SUS é algo novo que aponta para um novo conceito de saúde. O fato de ficarem “de fora” pode ilustrar essa resistência ao novo.

Para contribuir para pensar em qual seria a tarefa do grupo, retomamos a distinção de tarefa explícita e implícita. Ou seja, supondo que houvesse uma definição mais clara de qual a tarefa em torno da qual o grupo se organiza, esta seria a tarefa explícita. Neste caso, mesmo que a tarefa explícita fosse compreendida como a de discutir os casos, a implícita inclui a que pretende compreender como os profissionais se relacionam com esta e, assim, sua mudança no nível subjetivo. Assumiríamos que o grupo pode entrar no momento da tarefa quando esta discussão de casos possibilitasse a circulação de pensamentos, sentimentos e ações e não apenas com a execução da discussão de forma operativa. Este segundo cenário ainda responderia uma demanda que poderia ser suprida com fichas de referência e contra

referência. Não necessitaria um encontro, ou um grupo. Estas situações, ocorridas na mesma reunião em momentos e casos distintos, evidenciam:

Passando para o próximo caso, Rafaela questiona o encaminhamento do CAPS feito para a UBS em que solicitavam psicoterapia e alega que além de não oferecerem essa modalidade de atendimento na UBS, achou estranho que a paciente fizesse um tipo de atendimento em cada lugar de maneira fragmentada. Joana responde esclarecendo o fluxo da agenda SIGA, na qual a UBS tem acesso direto a diversos agendamentos na rede especializada, enquanto o CAPS não tem, querendo dizer que, mesmo que não tenha esse atendimento na UBS, esta equipe que é a responsável por encaminhá-la para serviço de referência para tal. A questão sobre a paciente ter o atendimento fragmentado ficou em aberto.

O médico de referência diz: “Este caso é muito grave, é o mais grave que eu tenho, se eu não posso mandar esse caso para o CAPS, não preciso mandar mais nenhum”. Penso que em nenhum momento ele sugeriu que o caso fosse discutido, seu interesse era mandá-lo.

No primeiro trecho acima percebemos que a discussão do caso permanece em um âmbito operativo e de fluxos dos casos, deixando sua demanda em um segundo plano. Ou seja, a discussão ocorre apenas no âmbito do pensamento. Assim como na segunda em que o objetivo da fala é “mandar o caso”. Esta situação poderia se aproximar de um âmbito de ‘como se’. Ainda acrescentaríamos um tom acusatório nas falas que trazem como objetivo a resolução de quem seria o responsável, ou o culpado, pelo caso. Além disso, a discussão não abre espaço para a falta. Nenhum dos serviços oferece atendimento em formato de psicoterapia, mas as equipes não suportam se organizar diante dessa falta. Para essa última questão há outra passagem emblemática ocorrida na mesma reunião em um momento próximo:

Rafaela volta a falar sobre encaminhamentos que tem recebido do CAPS com pedido para atendimento fonoaudiológico ou para inserção em grupo terapêutico para crianças e justifica que como eles não contam com esses profissionais na equipe e não tem grupos com este perfil “não sabem o que fazer com as crianças encaminhadas”. Esta fala me chama muita atenção por vários motivos. Primeiro, os

encaminhamentos do CAPS parecem desconhecer o trabalho da atenção primária; segundo, a sugestão do especialista parece ser uma ordem que deve ser cumprida; e, por fim, se não temos o que é solicitado, não sabemos o que oferecer para, ou fazer com, essa criança. Neste momento, Alice aponta que a questão a ser ressaltada aí seria qual é o apoio de atendimento fonoaudiológico disponível para a atenção primária. A mesma profissional segue contando sua experiência em outros territórios e ressalta a importância de construir uma rede com os serviços de reabilitação. Uma profissional do NASF responde apontando um cansaço em relação ao percurso da construção, como se as tentativas já tivessem sido muitas. A mesma ainda acrescenta que não necessitam apenas de rede de reabilitação, mas da de deficiências nas escolas também. Me remete as dificuldades em lidar com os furos da rede.

Esta situação além de ilustrar a dificuldade de lidar com a falta, demonstra um desconhecimento ou deslegitimidade de um serviços em relação ao trabalho do outro. No entanto, a fala da profissional apontando para a real questão que estava escutando sobre “o apoio disponível” abre para que possam falar sobre suas dificuldades em lidar com a falta, ou seja, seus sentimentos. Talvez pudéssemos pensar nesta fala como uma tentativa de romper com o momento de ‘como se’, que abre para que a próxima profissional fale sobre suas tentativas frustradas em fazer rede. Esta fala que aponta para as frustrações demonstra o nível de angústia que os profissionais estão vivenciando, que parece paralizá-los em torno da falta e não mobilizá-los. Outra passagem aponta para uma possibilidade mais suportável de sustentar a falta:

Neste momento percebo que várias vezes no discurso de Giovana aparecem falas como “Eu desconheço essa informação”, o que considero interessante pois por mais que o CAPS ocupe ali um lugar de saber, parece abrir espaço para uma dimensão do não-saber. Seguindo com a discussão do mesmo caso, ressaltam a fala da mãe de que se ela faltar não sabe quem cuidará dele.

Retornando a questão das diferentes compreensões de qual seria a tarefa do grupo, nosso intuito ao trazê-las não é exclusivamente defender uma em detrimento de outra, mas principalmente evidenciar essa confusão percebida em nossa observação. Muito embora entendamos que algumas dessas tarefas não aproveitam o potencial transformador de um

dispositivo grupal, mas mantém o grupo na mesma lógica a que se propõe romper. No entanto, não pretendemos esgotar essa discussão chegando na definição de uma tarefa, mas qualificar o campo das tarefas possíveis e defender a importância de que esta fique clara e seja falada pelo grupo. Como exemplo, a tarefa de discutir um maior número de casos como indicador da relevância do espaço de matriciamento, a nosso ver vai na contramão de seu real potencial. Ou seja, a possibilidade de uma mudança subjetiva e ampliação dos recursos pessoais e afetivos para a clínica. Neste sentido, esta não pode ser considerada tarefa do grupo, uma vez que favoreceria para que o grupo continuasse em um cenário de ‘como se’. Esta poderia até constituir a tarefa explícita do grupo, mas não o momento da tarefa.

Na situação do grupo de matriciamento, além da falta de um contrato claro em relação aos objetivos do encontro, ainda podemos supor que as ferramentas burocráticas encontrem espaço nas estratégias defensivas do grupo, o que aparece mais claramente na existência de uma lista a ser seguida, como já abordamos. A tarefa de se debruçar sobre a demanda do caso, se deixar tocar por e refletir sobre esta, se expor, trocar com os outros profissionais seus sentimentos, parece ser muito mais difícil. No entanto, este segundo cenário parece se aproximar mais do que podemos entender como momento da tarefa, uma vez que abre espaço para uma mudança no nível subjetivo a partir da circulação da tarefa por sentimentos e pensamentos. Ilustramos no trecho a seguir:

A gestora da UBS aponta que faltam apenas três minutos para que a reunião acabe e ainda tem dois pacientes da lista para serem discutidos. Penso: Será que todos os casos tem que ser discutidos?

Um conceito da técnica psicanalítica que se relaciona com essa discussão é o de ‘resistência’, este, por sua vez, já é um conceito mais conhecido e amplamente discutido por autores psicanalíticos. Manigot (1988), discute este conceito ao lado da resistência à mudança para Pichon-Rivière, colocando como uma de suas fontes fundamentais a noção de resistência em Freud. Neste sentido, a autora esclarece o destaque feito por Freud acerca de seu papel no que tange à técnica:

Porém, assinala Freud que não se deve pensar que o aparecimento da resistência possa ameaçar a eficácia do tratamento, pois não constitui algo imprevisto para o analista. Este sabe que seu aparecimento é inevitável, conta com este, mas seu trabalho está destinado a fazer com que ela desapareça²² (MANIGOT, 1988, p. 2, tradução nossa).

Podemos entender que o objetivo do analista diante da resistência não é o de extingui-la, mas colocá-la a serviço do trabalho analítico, assim como o grupo diante da pré-tarefa.

²² “Sin embargo, senala Freud que no se debe pensar que la aparición de la resistencia pueda amenazar la eficacia del tratamiento, pues no constituye algo imprevisto para el analista. Este sabe que su aparición es inevitable, cuenta con ellas, pero su trabajo está destinado a hacerlas desaparecer.

Manigot (1988) nomeia a pré-tarefa como “triunfo da resistência”. Desta mesma maneira, com essa discussão em relação ao grupo de profissionais em matriciamento nosso objetivo não é combater as estratégias defensivas que estes estabelecem diante da tarefa de discutir os casos. Mas sim discorrer sobre condições para que o grupo possa se sentir mais seguro em enfrentá-las, se aproximar de seu objeto de conhecimento e adentrar o momento da tarefa. Uma delas já amplamente enfatizada é a possibilidade de ter um enquadre mais definido para o aparecimento de conteúdos e mesmo da resistência. Seguem duas situações que ilustra a dificuldade de romper com este momento de pré-tarefa, ocorridas em reuniões diferentes com os mesmos CAPS e UBS:

Ao chegar lá percebi que haviam alguns membros da equipe dispersos, alguns conversavam, alguns mexiam no computador, alguns no celular. As cadeiras estavam enfileiradas de frente para uma mesa próxima a parede. Profissionais de ambos os serviços se cumprimentaram e Joana perguntou se costumavam fazer a reunião neste formato ou se poderiam colocar as cadeiras em formato de círculo. Rui, do NASF, responde que normalmente o formato utilizado é círculo mesmo. Ainda passa um tempo para que os profissionais se mobilizem para a reunião. Começam a perguntar onde estão os profissionais que não estão ali, conferem se tem pelo menos um membro de cada equipe de ESF e resolvem começar quando falta algum representante de apenas uma equipe.

Neste momento por volta de 5 profissionais da equipe da UBS sentam na roda junto com as profissionais do CAPS e seguem conversando sobre outros assuntos, principalmente relacionados a festa junina que ocorreria na unidade neste dia. Os profissionais estavam vestidos à caráter e tinham flores em cima da mesa. Neste momento entra um profissional da equipe e pergunta se “pode roubar duas cadeiras” do círculo. Ninguém responde e ele retira as cadeiras, aparentemente para levar para outra atividade. Ninguém toma a iniciativa de começar a reunião até aproximadamente 10:25 quando Joana pergunta se começam a discutir os casos ou se esperam mais uns 10 minutos para que as pessoas cheguem. Ana olha a lista de casos que está na mão de Joana e diz que pelos casos que está olhando falta

apenas o Dr. Diego chegar e que se quiserem podem começando a discussão pelos “meus casos”, diz ela. Decidem por começar. Nesse momento a gestora da unidade volta para a sala e diz “Gente, hoje a unidade está...”, fazendo uma cara de assustada, e acrescenta: “O que aconteceu com o papa (nicolau, suponho)?”.

Aqui percebemos que há uma morosidade em relação a mobilização para a reunião. Seguem em seus assuntos mais conhecidos e cotidianos. Há quase uma negação da chegada dos profissionais do serviço visitante expressa tanto no ambiente físico como nos comportamentos dos profissionais. Acerca da resistência a mudança para Pichon-Rivière, Manigot (1988) também traz hipóteses do que ocorre neste momento, o que também ilumina a percebida sensação de angústia vivenciada pelos profissionais nesse dispositivo:

E o que Pichon também confirma é que as causas dessa resistência estão relacionadas com o aumento das duas ansiedades básicas, que havia identificado no trabalho com os pacientes: o medo da perda (medo de perder pela mudança, a situação previamente alcançada com seu sentimento de segurança), e o medo de ataque (sentimento de estar sem instrumentos para a nova situação, com a consequente vulnerabilidade)²³ (MANIGOT, 1988, p.3, tradução nossa).

Neste sentido, uma hipótese para compreender a maneira mais burocrática que o dispositivo acaba funcionando, seria essa de que isso ocorre a partir do medo de perder a situação já conhecida. Conforme destacamos anteriormente, o matriciamento surge com o intuito de romper com uma lógica na qual compreendia-se que o cuidado ficava compartimentado. Para isso, propõe-se um dispositivo de encontro para substituir um “diálogo” precedente feito a partir de fichas de encaminhamento, com o intuito de elaborar um cuidado integral ao sujeito. No entanto, essa mudança representa um desconhecido. Por mais que conscientemente consigamos entender que um cuidado baseado na troca e em um olhar integral para o sujeito seja o melhor caminho a seguir, este é novo. Que recursos teremos para desempenhar essa clínica? Mais uma vez as palavras de Manigot (1988) se fazem válidas:

Resolver esses obstáculos requer que esta situação seja detectada, compreendida e elaborada, porque enquanto o obstáculo se mantiver e sua dimensão for considerável, este vai se interpor entre o grupo e seus objetivos, diminuindo sua eficácia²⁴ (MANIGOT, 1988, p.8, tradução nossa).

²³ “Y lo que Pichon también ratifica es que las causas de esta resistencia tienen que ver con el aumento de las dos ansiedades básicas, que había identificado en el trabajo con los pacientes: el miedo a la pérdida (temor de perder por el cambio, la situación previamente lograda con su sentimiento de seguridad), y el miedo al ataque (sentimiento de encontrarse sin instrumentos frente a la nueva situación, con la consiguiente vulnerabilidad)”.

²⁴ “La resolución de estos obstáculos requiere que esta situación sea detectada, comprendida y elaborada, porque mientras que el obstáculo se mantenga y su dimensión sea considerable, se va a interponer entre el grupo y sus objetivos, restándole eficacia”.

Conclusão - O Negativo como Espaço para uma Clínica Possível

A criação de uma rede não se decreta. O modelo fundador rede não é estabelecido a partir de uma entidade estrutural organizadora. São as condições de exigência que criam a necessidade de se funcionar em rede.

Isso não se institui por uma injunção do exterior, mas se funda a partir de efeitos correspondentes, entre particularidades, afinidades, necessidades partilhadas, complementaridades em torno de um projeto comum (BENGHOZI, 2010, p. 40).

Para expor nossas conclusões gostaríamos de ressaltar que o objetivo aqui não é encerrar a discussão em torno deste campo, mas qualificar essa discussão ao assumir a complexidade inerente a sua aproximação. Ao nos dispormos a compreender um dispositivo político sob a ótica de um dispositivo clínico grupal, estamos desde o princípio assumindo o desafio de nos aproximar de uma intersecção de campos. Não somos os primeiros e esperamos não ser os últimos a o fazer, mas nos parece um resgate constantemente necessário. Isso porque, no campo, essa interlocução parece se perder. Com isso, o objetivo aqui não é propor a sobreposição de um campo a outro, mas sim expor o que escutamos ao longo deste diálogo. Ou seja, não pretendemos nutrir a expectativa de que um dos saberes daria conta do fenômeno em seu acontecimento real, mas avançar na compreensão da realidade deste campo tal como se dá.

No primeiro capítulo dessa dissertação expusemos o dispositivo de matriciamento tal como previsto pelas regulamentações políticas e enredado em uma lógica de organização dos serviços de saúde. Desde este momento já entendíamos o dispositivo como um encontro entre dois movimentos, e inscrito em dois discursos, ambos políticos: o SUS e a Reforma Psiquiátrica. Então, no segundo capítulo, propusemos uma mudança de foco para o nosso objeto: do dispositivo para o grupo de profissionais. Propusemos então que este dispositivo político fosse analisado como um dispositivo grupal. Ou seja, também um encontro, mas entre profissionais, entre sujeitos em situação, ou no momento da tarefa. Neste momento, levantamos algumas hipóteses do que poderia estar em jogo no corpo do grupo de profissionais em matriciamento.

Para isso, no terceiro capítulo expusemos alguns operadores teórico-técnicos que poderiam amparar uma compreensão psicanalítica do fenômeno grupal. Alguns desses operadores fizeram maior eco em nossa coleta de dados e outros tiveram seu papel principalmente na construção do campo a ser analisado e no convite ao leitor para um outro olhar para o dispositivo apresentado.

Em seguida, no quarto capítulo, expusemos o método adotado para percorrer os objetivos traçados. E, por fim, apresentamos e analisamos os dados obtidos a partir da escuta

e registro de seis reuniões de matriciamento entre duas UBS e dois CAPS do mesmo território. Para concluir não retomaremos tudo que foi levantado ao longo desse percurso, mas focaremos em duas principais hipóteses que ecoaram em nossa escuta e análise dos dados.

Nosso objetivo principal era identificar as condições de possibilidades de ampliação da intervenção clínica nas reuniões de matriciamento entre CAPS e Atenção Primária. No entanto, percebemos a já destacada contradição de que em um dispositivo criado para abrir diálogo - e por isso a nossa hipótese de que seria um espaço frutífero para um resgate da dimensão clínica - não se constituía de forma a propiciar esse diálogo. Ou seja, algo neste grupo fazia resistência à clínica, resistência esta também percebida nos dados coletados.

Para além da resistência com a qual contamos em qualquer processo de cura, e que aqui transpusemos para os processos grupais, a partir das noções de pré-tarefa e tarefa, identificamos outros elementos que podiam estar fazendo força neste sentido no grupo. Estes elementos se unem, de uma forma geral, em torno da resistência em acolher o negativo como parte do processo de conhecimento, de trabalho e de cuidado. Ou seja, o grupo ainda buscava por algumas vias uma completude, um saber que desse conta da complexidade na qual estão imersos, ou mesmo da complexidade do existir humano.

Por um lado identificamos que o discurso totalitário das políticas contribui para este não reconhecimento do negativo. O discurso político em torno dos ideais de universalidade, equidade e integralidade almejam uma totalidade onde a falta não pode ser inscrever. Assim, ao se deparar com a falha em meio ao processo, não compreende-se que o processo em si é falho, ou faltante, como qualquer processo, ao que nos lembra a psicanálise. Desta forma, deixa-se uma marca de que os profissionais é que estão em falta, e segue fazendo pressão um discurso ideal de que essa falta poderia não existir conforme prometido pelos discursos políticos, o que gera muita angústia.

Este não é o único fator gerador de angústia, mas contribui para um nível de angústia muito alto dos trabalhadores, o que dificulta a criação e contorno para os espaços de elaboração dessa angústia. É muito frequente que, quando experimentamos níveis elevados de angústia, respondamos às situações com nossos recursos mais primitivos. Ainda a dificuldade da criação de espaços para a elaboração dessa angústia também diz respeito a uma impossibilidade em reconhecer essa angústia, uma vez que esta aponta para uma falta em detrimento a promessa de totalidade.

Além da persistência da busca pela completude, identificamos outros fatores que contribuem para esse nível elevado de angústia e, conseqüentemente, uma resistência a clínica. Destacamos o mal-estar social a que os profissionais suportam e são depositários em

seu cotidiano, o que esta atrelado a tarefa primária das instituições a que representam. Neste sentido, ressaltamos as palavras de René Roussillon (1991):

Os funcionamentos institucionais repousam sobre importantes fatores sociais ideológicos, grupais, culturais. A conjuntura social, suas flutuações econômicas e ideológicas afetam profundamente a vida institucional da qual constitui pano de fundo (ROUSSILLON, 1991, p. 145).

Junto a isso, a frequência com que testemunham situações de uma precariedade humana e civilizatória, diante das quais se veem sem recursos. Os ideais de totalidade, equidade e universalidade também silenciam o mal-estar social testemunhado nestes serviços. Sugerem não haver desigualdade, injustiça. No entanto, o silenciar não impede que existam e façam força, o que retorna no grupo.

E ainda supomos que contribua para essa angústia uma desarticulação dos coletivos provinda de um modelo tecnocrático empresarial nos serviços do SUS. Esta modelo gerencial traz uma preocupação com procedimentos e protocolos que acaba muitas vezes suprimindo a clínica (GAILLARD; PINEL, 2011). Dispositivos processuais acabam sendo operacionalizados como procedimentos e repetidos sem se perguntar seu sentido, objetivo e método. Dispositivos que abarcam processos psíquicos e que por sua própria natureza levam tempo para encontrar palavras. Um tempo muitas vezes diferente do dos procedimentos e protocolos.

No que tange o dispositivo de matriciamento mais especificamente, a busca por essa completude assume ainda um outro formato, o da expectativa de que haja uma complementariedade entre os serviços. Ou seja, dois serviço limitados em sua tarefa, quando se unem podem ser finalmente totais, a falta então finalmente deixaria de existir. Neste sentido, percebemos ainda que há um excesso de expectativas em relação ao dispositivo de matriciamento, o que foi abordado na discussão sobre a tarefa. Esse excesso de expectativas, além de dificultar a definição de uma tarefa e com isso um formato e contorno, contribui para um excesso de frustração diante da impossibilidade de alcançá-las.

Com isso, chegamos em nossas duas principais hipóteses do funcionamento psíquico deste grupo de profissionais neste dispositivo e das forças que operam aí. Cabe mais uma vez destacar que houve uma diferença clara entre as UBS, que foi abordada na análise de dados, principalmente em relação a maneira com que os grupos se organizavam diante de sua tarefa e na possibilidade de se criar um contorno. Essa diferença também encontra ressonância em nossas hipóteses.

Gostaríamos de reforçar nosso objetivo de não esgotar a discussão com essa conclusão, mas qualificar a compreensão do campo assumindo sua complexidade e abrindo para futura pesquisas.

A primeira hipótese que gostaríamos de trazer aqui é de que estes grupo são depositários dos restos dos processos institucionais envolvidos. A escuta psicanalítica se preocupa com o que resta, ou seja, conteúdos que se mostram pelas entrelinhas do que é dito e que contam do sofrimento latente que está em busca de lugares para se dizer. Mesmo que não ditos esses restos continuam insistindo e muitas vezes são insuportáveis de serem ouvidos. Assim, estes restos retornam nos grupos. “Na instituição, nem a conjuntura social, nem a conjuntura individual aparecem independentemente dos seus efeitos sobre a vida grupal, sobre o aparelho psíquico grupal e institucional” (ROUSSILLON, 1991, p.145 e 146).

Ao supormos que a reunião de matriciamento é local de retorno dos restos desses processos não estamos fazendo uma crítica, nem almejando que inaugure-se um processo sem restos. Como exposto, a existência de um lugar onde esses restos possam se inscrever constitui um fator regulatório da energia psíquica. No entanto, o fato de ser um espaço que contribua para a regulação da energia psíquica não quer dizer que seja um espaço de metabolização.

É possível, quando o enquadre está suficientemente estabelecido para as reuniões de matriciamento, que elas operem na modalidade do que Roussillon denominou “quarto de despejo”. Falamos aqui de uma modalidade de funcionamento no qual a reunião de matriciamento operaria como depositária dos restos institucionais, sem no entanto permitir sua metabolização. Pensamos que a reunião de matriciamento tem potencial de fazer mais do que isso, permitindo algum grau de metabolização destes restos, sem perder de vista que, por definição, sempre haverá restos, sempre haverá uma dimensão não metabolizada da experiência nas instituições. Em parte por este limite do metabolizável, mas não só por isso, é importante sublinhar a função do quarto de despejo impedir que o ambiente institucional se torne tóxico como um todo, dando assim continência para uma tensão reguladora e guardiã da vida psíquica institucional.

Na UBS em que o contorno está mais preservado, oscila-se entre momentos de metabolização da experiência e da função quarto de despejo claramente colocada. Nesta UBS, pudemos observar que o matriciamento se constituía como um espaço que permitia certa elaboração e principalmente uma possibilidade de investimento nos vínculos, no trabalho conjunto e na sua capacidade de continência. No entanto, a comparação se dá pois ele ainda

dá notícias de uma dificuldade das equipes nesse contexto reconhecerem a importância de ter um espaço para essa metabolização, o que contamina outros espaços e sua tarefa.

A aproximação do fenômeno do “interstício” se deu principalmente na UBS em que o contorno da reunião parecia mais fragmentado. Isso porque a falta de enquadre identificada trazia a sensação muitas vezes de que não estávamos em um tempo e espaço reservados para a reunião, mas em um “entre” espaços. Cabe destacar que o a existência do “interstício” também tem a sua função reguladora da energia psíquica, mas ele constitui essa função enquanto paradoxo, ou seja, quando preservado o contorno entre os espaços formais e informais. Este contorno permitiria então uma distinção e circulação entre os espaços. Essa situação difere do que foi observado nessa UBS na qual o funcionamento se aproximava mais de uma clivagem, sem distinção entre onde acabava um espaço e começava o outro. Com esta segunda comparação supomos que os restos não estão encontrando espaço de metabolização e escoamento e estão intoxicando os contornos e processos institucionais.

A segunda principal hipótese que gostaríamos de trazer aqui é a de este grupo pode ainda estar preso em um momento mais primitivo de funcionamento bem ilustrado por Freud (1912-1913) em “Totem e Tabu”. Nossa busca por essa referência, além de seu destaque em relação as contribuições para o Movimento Grupalista, se deu pela escuta diante dos dados, e em nossa prática, de uma “resistência em formar pares”.

Não deve ter escapado a ninguém, em primeiro lugar, que imaginamos na base de tudo uma psique das massas, em que os processos psíquicos ocorrem tal como na vida psíquica individual. Supomos, principalmente, que a consciência de culpa por um ato persistente através de milênios e continua a influir em gerações que nada podiam saber desse ato (FREUD, 1912-1913, p. 239).

Entendemos aqui que todos os grupos em sua constituição passam psiquicamente por esse momento próximo ao da morte do pai primevo para a criação de uma comunidade de irmãos. Nossa hipótese de que o grupo de profissionais em matriciamento ainda estaria nesse momento mais primitivo da formação grupal, se dá em diálogo com três suposições.

Primeiro endossamos a hipótese de Castanho (No Prelo) de que no Brasil, há um atravessamento específico do que ele, retomando Paulo Freire, chama de “excesso de poder” que retorna nos grupo e nas instituições. O autor trava um diálogo com importantes referências em outras áreas de conhecimento para pensar em ecos de heranças históricas e culturais nos vínculos estudados pela psicanálise. Esse “excesso de poder” (FREIRE Apud CASTANHO, No Prelo) constituiria, então uma marca fundamental da história do Brasil enquanto país colonial, com a formalização tardia do fim de uma escravidão assumida e sem uma experiência democrática consistente.

O testemunho e análise de grupos com populações vulneráveis, mais especialmente crianças e adolescente, levou o autor a identificação de uma persistência de polos extremos relacionados a lógica de poder. Ou seja, nas brincadeiras, falas e cenas atualizadas nestes grupos eram frequentes as figura de poder excessivos ou omissas. Não eram figuras que apontavam para a elaboração de um pacto civilizatório mais igualitário. Em suas palavras:

Podemos também pensar esta lógica para famílias e instituições com as quais trabalhamos, e, igualmente, como desafio do nosso laço social no Brasil. Seriam particularmente empurradas para esta dinâmica as populações mais marginalizadas, as sujeitas as formas mais atrozes do “exagero de poder”. Caberia então apontar que nestes mesmos grupos, as contrapartidas da segurança rareiam e atrapalham o estabelecimento do contrato civilizatório (CASTANHO, No Prelo, p. 8).

Assim, entendemos que a hipótese de Castanho (No Prelo) em relação a persistência desses elementos culturais nos grupos nos conduz a compreensão de que os grupos no Brasil, ao não abrirem espaço para a elaboração do pacto civilizatório, estariam ainda identificados com uma lógica de poder mais primitiva, como ilustrada em Totem e Tabu.

Esta compreensão nos leva a nossa segunda suposição de que este grupo de profissionais refletiria esse funcionamento mais primitivo por homologia funcional considerando o funcionamento do território em que estão inseridos. Castanho (No Prelo) também enfatiza essa persistência em grupos inseridos em contextos com populações vulneráveis. Como evidência para essa suposição colocamos o fato de que a UBS em que foi identificado um enquadre mais fragmentado e uma maior dificuldade em se organizar como grupo foi a unidade que é referência para um território com um funcionamento bem próximo ao descrito por Freud neste obra. Isso por que é sabido que neste território encontram-se diferentes hierarquias com lógicas de organização inscritas fora da lei.

Por fim, nossa terceira suposição em relação a persistência desse funcionamento primitivo se dá pelo fato de que os profissionais, ou seja, os pares, seguem em busca de um líder todo poderoso que os protegeria, ao invés de abrir espaço para o surgimento de um líder faltante. Esse novo líder faltante poderia ser uma ideia ou uma tarefa, como esclarecido por Freud (1912-1913) que discorre sobre o surgimento de um ideal diante da percepção de que nenhum dos irmãos poderia atingir o poder ilimitado representado anteriormente na figura do pai. Cabe ressaltar também que, com esse desfecho, cada irmão introjetou o poder do pai a sua maneira. Assim sendo, a dificuldade do grupo de acordar tarefas e objetivos comuns pode derivar dessa não aceitação de uma tarefa que falhe. Essa suposição também encontraria ressonância na diferença entre as UBS, considerando a figura de líder mais clara que emergiu em uma delas, contribuindo para a sua organização. Não estamos defendendo aqui que retornemos a uma hierarquia de saberes, mas sim que a busca pelo horizontal não se dê pelo

enfrentamento a nossa necessidade humana de atribuir um saber ou um ideal a alguém ou algo.

Diante dessas conclusões, ressaltamos identificar que o dispositivo de matriciamento, sendo considerado em sua dimensão psíquica pela escuta do grupo de profissionais, traz consigo condições de possibilidade para a ampliação da intervenção clínica nesse contexto. Assim, enfatizamos a importância do investimento neste dispositivo de matriciamento de maneira ampla, por seu potencial de encontro grupal como sustentação para um trabalho em rede.

Diante disso, chegamos a algumas recomendações para a sua construção e não em grandes verdades. Para que este dispositivo não se constitua como um encontro com a angústia paralizante, mas em um encontro com alimentos de sentidos, ou seja, um encontro clínico, sugerimos que o grupo de profissionais se debruce em alinhar a tarefa, a expectativa das equipes envolvidas e a qual demanda pretendem responder. Mas, principalmente, que com esse enquadre possam definir também o que fica de fora desse dispositivo, seus limites, ou sua dimensão negativa. A tarefa, para ser clínica, pressupõe a inclusão do negativo. Ou seja, sugerimos que as reuniões de matriciamento não ocorram para cumprir e perpetuar ideais, mas para ser um espaço de acontecimento clínico a partir da possibilidade de troca entre os profissionais, mas também do reconhecimento de seus limites.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no Final do Século e do Milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org(s).). *Fim de Século: Ainda Manicômios?*. São Paulo: IPUSP, 1999. 47-53.
- BALINT, M. *O Médico, seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro – São Paulo: Livraria Atheneu, 1988.
- BENGHOZI, P. *Malhagem, Filiação e Afiliação. Psicanálise dos Vínculos: casal, família, grupo, instituição, e campo social*. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2010.
- BLEGER, J. Psicanálise do enquadre Psicanalítico. *Revista FEPAL – Mudanças e Permanência*. [S. l.], v. 44, set. 2002. Disponível em:
<<http://fepal.org/images/2002REVISTA/revista%20completa%202.pdf>> Acesso em: 01 jun. 2016.
- BRANDT, J. A. Grupo Balint: Aspectos que marcam a sua especificidade. *Vínculo*, São Paulo, v. 6, n. 2, dez, 2009. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200009>
Acesso em: 20 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS – Doutrinas e Princípios*. Brasília, DF: 1990.
- BRASIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei No. 10.216*. Brasília, DF: 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria No. 3.088*. Brasília, DF: 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde e Trabalho*. 1. ed. Brasília, DF: 2011b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: 2011c.
- BRASIL. Ministério da Saúde, *Resolução No. 466*. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica*, No. 34. 1. ed. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica*, No. 39. 1. ed. Brasília, DF: 2014.

CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org(s).). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. [Campinas], [2008?]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Mental e Atenção Primária: Apoio Matricial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org(s).). *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. 1. ed. Salvador: EDUFBA, v. 1, 2016. p. 29-46.

CASTANHO, P. C. G. *Entre línguas e afetos: uma investigação psicanalítica da língua em grupos multilíngues*. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. Sobre a Transferência e a Contratransferência nos Grupos. In: ABUD, C. C. (Org.). *A Subjetividade nos Grupos e Instituições: Constituição, Mediação e Mudança*. Lisboa: Chiado Editora, 2015. p. 115-56.

_____. Sobre a questão da tarefa no Grupo: Aspectos psicanalíticos e psicossociais. In: Okamoto, M. Y.; Emídio, T. S. (Org(s).). *Perspectivas psicanalíticas atuais para o trabalho com grupos e famílias na Universidade*. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2017. p. 87-101.

_____. *Uma Introdução Psicanalítica ao Trabalho com grupos em Instituições*. São Paulo: Linear B, 2018

_____. A Hipótese de um Vínculo de Libertação no Contexto de “Excesso de Poder” no Brasil. In: ROSA, M. D.; COSTA, A. M.; PRUDENTE, S. E. L. (Org(s).). *Escritas do Ódio*. No Prelo.

CUNHA, G. T. *Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na atenção básica*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DESROCHE, M. S.; ROUCHY, J. C. *Instituição e Mudança: Processos Psíquicos e Organização*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FERNANDES, M. I. A. Uma Nova Ordem: Narcisismo Expandido e Interioridade Confiscada. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org(s).). *Fim de Século: Ainda Manicômios?*. São Paulo: IPUSP, 1999. p. 39-46.

_____. *De como emerge a questão do narcisismo e da alteridade no grupo operativo*. 1989. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FIGUEIREDO, L. C. M. Presença, Implicação e Reserva. In: FIGUEIREDO, L. C. M.; JUNIOR, N. C. *Ética e Técnica em Psicanálise*. 2. ed. ampliada. São Paulo: Escuta, 2008. p. 13-54.

FIGUEIREDO, L. C. M.; TAMBURINO, G.; RIBEIRO, M. *Balint em Sete Lições*. 1. ed. São Paulo: Escuta, 2012.

FORJAZ, M. L. F.; RIBEIRO, M. F. R. da. Cuidando do Cuidador: Poder e Sofrimento Psíquico na Residência Médica. *Revista Brasileira de Psicanálise* (Impresso). São Paulo, v. 40, n. 2, p. 100-111, 2006.

FREUD, S. Totem e Tabu. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 11: Totem e Tabu, Contribuição à História do Movimento Psicanalítico e Outros Textos (1912 – 1914)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012 (1912-1913).

_____. Psicologia das Massas e Análise do Eu. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 15: Psicologia das Massas e Análise do Eu e Outros Textos (1920 – 1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 (1921).

_____. Psicanálise e Teoria da Libido. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 15: Psicologia das Massas e Análise do Eu e Outros Textos (1920 – 1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 (1923).

_____. O Eu e o Id. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e Outros Textos (1923 – 1925)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 (1923b).

_____. O Futuro de uma Ilusão. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 17: Inibição, Sintoma e Angústia, O Futuro de uma Ilusão e Outros Textos. (1926 – 1929)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014 (1927).

_____. O Mal-Estar na Civilização. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 18: O Mal-Estar na Civilização, Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise e Outros Textos. (1930 – 1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (1930).

_____. Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise. In: FREUD, S. *Obras Completas, Volume 18: O Mal-Estar na Civilização, Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise e Outros Textos. (1930 – 1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (1933).

GAILLARD, G; PINEL, J-P. L’analyse de la pratique en institution: un soutien à la professionnalité dans un contexte d’emprise gestionnaire. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, França, v. 11, n.1, p. 85-103 , 2011. Disponível em: https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2011-1-page-85.htm#anchor_abstract>. Acesso em : 06 mai. 2018.

GAILLARD, G. Dar um Lugar para a Morte: Os Grupos Instituídos e a Presença Destrutiva da Pulsão de Morte. In: ABUD, C. C. (Org.). *A Subjetividade nos Grupos e Instituições: Constituição, Mediação e Mudança*. Lisboa: Chiado Editora, 2015. p. 223-248.

GAILLARD, G.; CASTANHO, P. C. G. Vínculo Genealógico e o Trabalho de Historicização em Instituição. *Cadernos de Psicanálise [SPCRJ]*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 33, 2014. p. 119-135.

GRASSETTI, N.; JASINER, C.; JASINER, G. *Formación del Observador*. Buenos Aires: Ediciones Cinco, [1980?]. 19 páginas.

HEIMANN, P. Sobre la Contratransferencia. In: 16º CONGRESO INTERNACIONAL PSICOANALÍTICO, 1949, Zurich. Disponível em: <<http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/Sobre-la-Contratransferencia.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

JORGE, M. A. C. Discurso e Liame Social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, D.; JORGE, M. A. C. (Org(s).). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 17-32.

KAËS, R. Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes. *Filigrane*, v. 13, n. 2, 2004. p. 5-15.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A Reforma Psiquiátrica e a Constituição de Práticas Substitutivas em Saúde Mental: uma leitura institucional sobre um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020>. Acesso em: 10 set. 2016.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17: O Avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992 (1969-1970).

LANCETTI, A. Saúde Mental nas Entranhas da Metrópole. In: JATENE, A; LANCETTI, A. et al. *Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, [2000?]. p. 11 – 52.

MANIGOT, M. *El Coordinador Ante la Pre-tarea*. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1988 [Apostila de Aula].

MARIN, I. S. K. *Tornar-se Mãe em um Presídio: A Criação de um Espaço Potencial*, 2014. Disponível em: <<http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2016/08/ARTIGO-ISABEL-MARTIN-TORNA-SE-MAE-FEVEREIRO-2014.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

MORRISSEY, J.; TRIBE, R. Theory and Practice: Parallel process in supervision. *Counselling Psychology Quarterly*. Reino Unido, v. 14, n. 2, 2001. p. 103-110.

NETO, E. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Curso de Capacitação de Conselheiros Gestores* [Apostila para o curso]. São Paulo: Cefor, 2005. p. 48-63.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org(s).). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. [Campinas], [2008?]. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2016.

PICHON -RIVIÈRE, E. *O Processo Grupal*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ROUSSILLON, R. Espaços e Práticas Institucionais. Quarto de Despejo e o Interstício. In: KÄES, R. *A Instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

SILVEIRA, F. da. A Clínica do Grupo no Movimento Analítico Brasileiro: Origens. In: ABUD, C. C. (Org.). *A Subjetividade nos Grupos e Instituições: Constituição, Mediação e Mudança*. Lisboa: Chiado Editora, 2015. p. 23-55.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

VIGANÒ, C. A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental. *Revista Curinga*, Minas Gerais, n. 13, 1999. p. 39-48.

WEYLER, A. R.; FERNANDES, M. I. A. Os Caminhos das Propostas de Moradias para ex-pacientes Psiquiátricos. *Pepsic*. São Paulo, v. 2, n. 2, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902005000100010. Acesso em: 10 set. 2016.