UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

FERNANDA ZANETTI CINALLI GIOVANETTI

**A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da
proposta antimanicomial**

São Paulo

2018

FERNANDA ZANETTI CINALLI GIOVANETTI

A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial

Versão Corrigida

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Assumpção Fernandes

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, 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(s) autor(s)

Giovanetti, Fernando Zanetti Cinalli

A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da
proposta antimanicomial / Fernando Zanetti Cinalli - Giovanetti; orientador Maria
Inês Assumpção - Fernandes. -- São Paulo, 2018.

235 f.

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

1. Saúde Mental. 2. Saúde Coletiva. 3. Saúde Pública. 4. Psicanálise. 5.
Clínica Psicanalítica. I. Fernandes, Maria Inês Assumpção, orient. II. Título.

Nome: GIOVANETTI, Fernanda Zanetti Cinalli

Título: A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

*Ao Rodrigo, pelo amor, apoio e por todas
as parcerias no trabalho e na vida.*

Agradecimentos

À Maria Inês Assumpção Fernandes, que admiravelmente sustenta em ato todo o respeito à singularidade e a particularidade de cada um, agradeço pela pronta acolhida e pela tranquilidade, confiança e respeito com que pôde me guiar ao longo desses anos na confecção deste trabalho.

Ao meu marido, Rodrigo Giovanetti, sem o qual esse trabalho não seria possível, agradeço as várias horas dedicadas em me ajudar; por me tranquilizar e apoiar e pelas infindáveis pesquisas, leituras, participação, comentários, discussões e debates que enriqueceram meu trabalho.

A todos os colegas do LAPSO: Fernando Silveira, Lizette Weisman, Robson Colosio, Ed Otsuka, Elisangela Barboza, Maiara Benedito, Mariana Marzoque, Marina Lopreato, João Rocha, Fernando Robles, Sueli Rugno, Roberta Oliveira, Renata Zanelato, Marcelo, pela companhia na caminhada, em especial à Simone P. Bressan Robles pelas ricas discussões que tivemos nessa trajetória e Augusto Galery, pela participação na banca de defesa.

Aos trabalhadores do CAPS onde essa pesquisa se realizou.

A todos os colegas da saúde mental que encontrei ao longo do meu percurso na saúde pública e partilhei caminhos neste campo e com os quais muito aprendi, nas concordâncias e discordâncias também.

Aos professores deste processo de mestrado, pelas importantes contribuições, em especial Ianni Regia Scarcelli e Ecléa Bosi (*in memorian*), além de Pablo Castanho, também pela participação na banca de qualificação e de defesa.

À Mirna Koda pelas contribuições na banca de qualificação.

À Emília Broide pela gentileza em aceitar o convite de participação na banca de defesa e pelo auxílio em supervisão ao longo dos anos na primeira gestão em saúde mental e na clínica, tendo me ajudado na trajetória de gestão, auxiliando na minha busca por garantir espaços para um pensar psicanalítico na saúde pública.

Às Secretarias de Saúde de Taboão da Serra e Embu das Artes pelo apoio com minha liberação para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Àqueles que me garantiram a possibilidade de adentrar pelo universo da gestão em saúde mental, em especial José Alberto Tarifa Nogueira, Fausto Martino e Nilson Almeida.

À Cristiane Grando - com admiração - por ter me apresentado as possibilidades da vida acadêmica.

Aos meus pais, Maria Candida Zanetti Cinalli e José Generoso Cinalli (*in memorian*), gratidão por incutirem o gosto e o hábito da leitura desde muito cedo, condição essencial para pesquisa e pelo investimento em meus estudos ao longo da minha vida.

Muito obrigada!

Resumo

GIOVANETTI, Fernanda Zanetti Cinalli. **A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial.** 2018. 239f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A história da saúde mental pública brasileira está vinculada a um processo de exclusão e segregação, colocado em ação ao longo de séculos pelo banimento social e modelo de atuação hospitalocêntrico, tendo seu dispositivo de maior destaque o hospital psiquiátrico, o manicômio. Diante das condições de violência existentes nestas instituições, movimentos de trabalhadores e usuários ganharam força e promoveram mudanças nesta realidade. A partir da lei 10.216 de 2001, implanta-se oficial e nacionalmente uma nova proposta política de Saúde Mental, que se define como antimanicomial. Essa política expressa as transformações sociopolíticas e técnicas que vinham sendo implementadas ao menos uma década antes, apoiadas na Reforma Psiquiátrica. Contudo, as estratégias psicossocial e antimanicomial propostas e implementadas neste contexto, ao que sugere a bibliografia, parecem negligenciar a dimensão psíquica, colocando todo seu enfoque sobre a dimensão social e política. Hipotetizou-se que as práticas clínicas ficaram identificadas como estratégias do modelo anterior, tradicional, ocasionando uma condição de negação da clínica no novo modelo. Tal condição justificaria a coexistência de ideias e fundamentos contraditórios verificados nas práticas e política de saúde mental atual: ora apresentando marcas provenientes de sua história de segregação, ora fundamentos e concepções antimanicomiais. Tal coexistência parece impossibilitar ou dificultar a efetivação plena e a reflexão sobre a política atual, mantendo práticas manicomiais encobertas por um discurso antimanicomial. A partir da realização de grupos operativos com profissionais de CAPS pode-se corroborar tal hipótese, compreendendo-se que uma aliança inconsciente estabelecida entre os atores da saúde mental pós Reforma Psiquiátrica, mediante um pacto denegativo, extirpou a clínica das ações em saúde mental. Paradoxalmente, neste processo é exatamente a clínica psiquiátrica tradicional que ocupa o espaço vazio deixado pela negação da clínica de consideração da dimensão psíquica, em especial a clínica psicanalítica.

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde Coletiva. Saúde Pública. Psicanálise. Clínica Psicanalítica.

Abstract

GIOVANETTI, Fernanda Zanetti Cinalli. The denial of the clinic in Mental Health: impossibility to support the anti-asylum proposal. 2018. 239p. Dissertation (Master in Social Psychology) - Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2018.

The history of Brazilian public mental health is linked to a process of exclusion and segregation, put into action for centuries by the social ban and hospital-centered model, with the most prominent feature being the psychiatric hospital, the asylum. Faced with the conditions of violence in these institutions, workers 'and users' movements gained strength and promoted changes in this reality. From the law 10.216 of 2001, a new political proposal of Mental Health, which is defined as anti-asylum, is implanted officially and nationally. This policy expresses the sociopolitical and technical transformations that had been implemented at least a decade before, supported by the Psychiatric Reform. However, psychosocial and anti-asylum strategies proposed and implemented in this context, suggested by the bibliography, seem to neglect the psychic dimension, putting all its focus on the social and political dimension. It is hypothesized that clinical practices were identified as strategies of the previous, traditional model, leading to a denial of clinical condition in the new model. Such a condition would justify the coexistence of conflicting ideas and foundations verified in current mental health practices and policies: sometimes presenting marks from their history of segregation, sometimes anti-asylum foundations and conceptions. Such coexistence seems to make it impossible or difficult to fully realize and reflect on current politics, keeping asylum practices covered by an anti-asylum discourse. From the realization of operative groups with CAPS professionals, one can corroborate this hypothesis, understanding that an unconscious alliance established among the mental health actors after Psychiatric Reform, through a denuclearising pact, removed the clinical practice of mental health actions. Paradoxically, in this process it is precisely the traditional psychiatric clinic that occupies the empty space left by the negation of the clinic of consideration of the psychic dimension, especially the psychoanalytic clinic.

Key-words: Mental Health, Collective Health, Public Health, Psychoanalysis, Psychoanalytic Clinic

Sumário

Introdução	09
Capítulo 1 - Saúde Mental: percurso histórico, movimento político e avanços sociais	16
1.1 Contradições e ambiguidades nas práticas em Saúde Mental	20
1.1.1 Contradições e ambiguidades nos serviços de saúde mental: o discurso dos trabalhadores e práticas	21
1.1.2 Contradições e ambiguidades no âmbito da política de saúde mental e sua implantação	25
Capítulo 2 - A Saúde Mental enquanto instituição	31
Capítulo 3 - O falso dilema do político <i>versus</i> o clínico	40
3.1 Complexidade em Saúde Mental: dimensões do campo	44
3.1.1 Proposições sobre a dimensão técnico-assistencial	49
3.2 Por uma clínica implicada com os processos psíquicos na Saúde Mental: uma crítica à hegemonia da Reabilitação Psicossocial	54
3.2.1 A Clínica Ampliada	64
3.2.2 A Clínica Psicanalítica ou o sentido da Psicanálise no campo da Saúde Mental	67
3.2.3 A Dimensão Institucional	76
Capítulo 4 - A pesquisa	101
4.1 Objetivos	103
4.2 Processo de construção da pesquisa	104
4.2.1 Grupos operativos	105

Capítulo 5 - A realização dos grupos.....	116
5.1 Apresentação da pesquisa ao CAPS e o processo de aceitação de participação na mesma.....	116
5.2 A negação da clínica como pacto denegativo na Saúde Mental: análise dos emergentes e processo grupal	118
Capítulo 6 - Para finalizar, algumas considerações	151
Referências	154
Apêndice	162
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162
Apêndice B - Transcrição de áudio - grupos operativos	163

Introdução

As questões que fomentam esta pesquisa surgem a partir da minha experiência de trabalho em Saúde Pública, mais especificamente na área de Saúde Mental, ao longo de um percurso de atuação como trabalhadora na atenção básica (Unidade Básica de Saúde - UBS e Estratégia Saúde da Família – ESF) e Centro de Convivência e Cultura (CECO) e na área de gestão, na Coordenação de um CECO e na Coordenação de Saúde Mental em dois municípios da região metropolitana de São Paulo.

Nestas funções de gestão, estive implicada com a coordenação de toda a rede de atenção municipal em saúde mental - denominada a partir de 2011 de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em 2011 com a criação dessa Rede através de portaria do Ministério da Saúde (MS), participei junto com o grupo técnico de saúde mental regional da formulação então da primeira RAPS regional, sendo responsável pela coordenação e elaboração da RAPS Municipal. Este grupo técnico já se reunia mensalmente e a partir de então passou a exercer a função de Grupo Condutor da RAPS regional. Estes encontros ao longo de anos possibilitaram uma proximidade com os outros municípios da região, outros coordenadores de saúde mental e com outras práticas e modos de pensar a saúde mental e concretizá-la nas redes municipais. Possibilitou ainda o contato com representantes de outros órgãos federados: de outros municípios, Secretaria de Estado de Saúde, Departamento Regional de Saúde (DRS), Ministério da Saúde.

Nos municípios, a gestão implicava no trabalho direto com equipamentos e profissionais dessa Rede, tais como CAPSi, CAPS AD, CAPS II, Centro de Convivência e Cultura (CECO), Consultório na Rua, profissionais da atenção básica, Pronto-Socorros, Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), entre outros e articulação com outras Secretarias Municipais e intersetor: Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Esportes, Secretaria de Cultura, Conselho Tutelar, Organizações não-governamentais (ONG) etc.

Por ocasião de ausência de coordenadores em alguns dos equipamentos de saúde mental e a partir do lugar de Coordenadora de Saúde Mental, tive algumas vezes que assumir interinamente a gestão de equipamentos específicos, ocupando muitas vezes nestes períodos a função de reestruturação técnica dos equipamentos, estando à frente deste trabalho junto à equipe em momentos delicados e cruciais para os quais os recursos que tínhamos já não respondiam de modo mais ou menos satisfatório e as questões institucionais necessitavam ser repensadas.

Neste trabalho se fez evidente para mim a necessidade de espaços de metabolização das questões institucionais e de articulação de uma clínica, tendo buscado instituir dispositivos que pudessem garantir espaço e condições adequadas para se tratar destes aspectos. Tais questões se tornaram objeto de pensamento e busca por leituras juntamente com um processo de formação em psicanálise que iniciei quando já estava na Coordenação de Saúde Mental e de supervisão psicanalítica.

Este trajeto na saúde pública foi muito rico e possibilitou o contato com muitos atores, ideias e construções artesanais de um fazer possível em saúde mental. Trouxe também muitos questionamentos e inquietudes, um deles sobre como se articulam os dois momentos mais marcantes na história da Saúde Mental enquanto política pública e prática – as origens manicomiais e a política atual de saúde mental¹ – e o momento de transição entre eles, vinculado à luta por uma nova política e pela mudança nas práticas: se existiria uma continuidade, transição gradual e possibilidade de reflexão, metabolização e elaboração sobre essa prática anterior ou se haveria alguma distância, ruptura e descontinuidade entre eles. Pareceu-me que se dava algo mais próximo da segunda possibilidade.

Ao longo da minha trajetória pude ouvir muitas pessoas pregarem o discurso da Luta Antimanicomial e se dizerem militantes como se fosse a resposta politicamente correta que deveriam empregar, mas que encobriam atitudes

¹ Ao longo do processo de escrita deste trabalho, mais especificamente entre o final de 2017 e início de 2018 houve uma mudança considerável na política nacional, com a publicação de documentos diretivos que mudaram as diretrizes de cuidado na área de saúde mental, álcool e outras drogas, tais como portaria 3588/2017; resolução CONAD 01/2018. Este trabalho se inscreve na condição da política nacional antes destas alterações e não as reconhece como legítimas, pois não são provenientes de ampla discussão com trabalhadores e população e desvalidam as construções e conquistas garantidas pelos avanços no campo da saúde mental dos últimos trinta anos.

bastante manicomiais e desrespeitosas com o ser humano no seu cotidiano de trabalho, fossem eles usuários, familiares ou mesmo trabalhadores. Outras que tinham convicção na proposta da Reforma Psiquiátrica, mas que às vezes tinham conduções que não iam exatamente neste sentido. Tais observações me levavam a pensar sobre como temos lidado com nossa história e suas heranças no âmbito da saúde mental.

Diante da política atual de saúde mental, cujo discurso é o da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, é pertinente a questão: os manicômios são instituições superadas ou ainda se fazem presentes não unicamente como estrutura física, mas como organizadores da prática? Com esta questão, pretendo designar os manicômios como uma metáfora da violência e exclusão social, conforme a discussão de Fernandes (1999) e Fernandes et al (1999).

Compreendo que a consideração dos manicômios enquanto metáfora pode favorecer a reflexão e posicionamento diante de outras práticas de exclusão e indignidade humana. No atual momento da saúde mental se fazem necessárias e urgentes discussões neste sentido, dada a existência e aumento assombroso de comunidades terapêuticas, demandas de internações compulsórias a usuários de álcool e drogas e pessoas com transtornos mentais, direitos concedidos aos usuários de saúde mental que podem ser negados aos trabalhadores dessa área e a ações que, mesmo em nome da Reforma Psiquiátrica, podem promover seu inverso e favorecer práticas e políticas que se mostrem segregadoras e excludentes.

Em uma luta no campo das ideias e ideais, é preciso enfrentar as defesas, resistências e os ataques à nova prática, o que não foi diferente com a proposta da Reforma Psiquiátrica em seus primórdios, tendo sido necessário, a princípio, deixar de lado ou negar algumas de suas dificuldades e, até, os próprios limites. No entanto, após a instauração de um novo modelo, é crucial reconhecê-los a fim de ultrapassá-los, na tentativa de aprimoramento do mesmo. Acredito que estamos num momento delicado na saúde mental e mais do que nunca se faz necessário pensar nossas práticas e o que nos sustenta nesta área.

Temos sido testemunhas das inúmeras propostas e ações inovadoras e favorecedoras da superação do antigo modelo, que estão intimamente

relacionadas à proposta da Reforma; ações concretas que são prova viva do salto qualitativo fundamental nas políticas de saúde mental no Brasil nas últimas décadas – iniciado muito antes do marco oficial da nova política. Contudo, precisamos fazer um esforço para que possamos não só dar testemunho das incríveis mudanças ocorridas em tão poucos anos de mudança de paradigma na assistência e política na saúde mental, mas para reconhecer as dificuldades e desafios que precisam ser encarados.

Precisamos, nós da saúde mental, apontar, elaborar e dar um outro destino às nossas dificuldades e não deixarmos a cargo daqueles que estão na defesa de um outro modelo e usam destas dificuldades para denegrir a proposta da Reforma e propor um retorno ao antigo como uma saída a tais dificuldades², como se fosse possível qualquer modelo existir numa condição de perfeição e sem falhas. Negar nossas próprias dificuldades, nossas falhas e lacunas, numa ideologia cega e surda - que também não pode ouvir as demandas dos usuários, da população - é a condição ideal para fazer florescer e ganhar força propostas tradicionais e enclausuradoras. E, dessa forma, somos também responsáveis por este florescimento.

Temos então de encarar as contradições existentes na saúde mental – que apontarei mais adiante – a fim de problematizar e buscar superar as novas formas de exclusão e as possíveis causas de dificuldades na implantação de um modelo que parece não ter alcançado todo seu potencial, se isso for possível – questão que buscaremos tratar – e que vem sofrendo críticas com apelos para o retorno de estratégias superadas, representadas pela proposta de retornos dos hospitais psiquiátricos³ e comunidades terapêuticas como ponto de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Aponto assim as considerações iniciais para este trabalho: uma afirmação política favorável à estratégia antimanicomial, a consideração de que há contradições na política e práticas em saúde mental e que tais contradições denunciam fragilidades do modelo para as quais buscaremos apontar algumas

² Tal como vem ocorrendo com as alterações mais recentes na política nacional de saúde mental e política nacional sobre drogas.

³ Instituída em 21 de dezembro de 2017 com a portaria 3588.

hipóteses. Adiantando-me um pouco, faz-se ainda uma aposta numa clínica psicanalítica como estratégia coerente com a Reforma Psiquiátrica que possa nos possibilitar dar algumas respostas frente aos ataques que a Saúde Mental vem sofrendo atualmente.

Uma outra inquietação que inevitavelmente me ocorreu ao longo do meu percurso na Saúde Mental diz respeito à função de gestão. No decorrer do exercício desta função, deparei-me diversas vezes com questionamentos sobre tal tarefa, questionamento que parece ser bastante pertinente nos tempos atuais, visto termos passado recentemente em território nacional por momentos de incertezas sobre como seria possível sustentar uma prática sem que a gestão nacional estivesse imbuída e acreditasse em seus princípios⁴.

No processo de gestão fosse em equipamentos de saúde mental oficialmente (CECO) ou interinamente (CECO e CAPS em suas diversas modalidades: I, II, AD) ou ainda na Coordenação de Saúde Mental, garantindo e sustentando também o trabalho dos coordenadores dos equipamentos de saúde mental, sempre compreendi que esta função de coordenação na área de saúde mental, talvez mais do que em qualquer outra área do SUS, têm uma função estratégica fundamental de sustentar a política nacional.

A prática e formação me deram fundamentos para pensar, acreditar e sustentar que uma instituição de saúde mental não pode se fazer sem um coordenador e que esta coordenação precisa ser técnica, ou seja, que esteja

⁴ No momento da escrita inicial deste trabalho, surge um debate intenso nacional sobre a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho ao cargo de Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, um médico psiquiatra sem história de engajamento na política antimanicomial, que, por sua vez, foi diretor do manicômio Casa de Saúde Dr. Eiras (RJ), conhecido à época como “casa dos horrores” devido às graves denúncias de maus-tratos e violação de direitos humanos. Valencius teria o mérito de ser amigo pessoal do Ministro da Saúde, Marcelo Castro. Tal circunstância causa uma intensa mobilização, com a ocupação da Coordenação de Saúde Mental em Brasília, a partir 15 de dezembro de 2015, exigindo a saída do coordenador em exercício. A ocupação dura 121 dias, encerrando-se em abril com a reintegração de posse. Valencius é exonerado do cargo em 09 de maio de 2016, após a exoneração do Ministro da Saúde por circunstância da crise política vivenciada no Brasil neste período. Os riscos aos avanços conquistados na área não abrandam no entanto, e em 2017 assume Quirino Cordeiro como Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que considera como proposta de condução a diminuição de investimentos nos equipamentos de saúde mental instalados (como os CAPS) e favorecimento de comunidades terapêuticas, reconhecida pelos trabalhadores, usuários e pelos movimentos de saúde mental como manicômios. A gestão de Quirino Cordeiro e Ricardo Barros (Ministro da Saúde) oficializa a mudança da política nacional a partir de dezembro de 2017, mediante o reconhecimento do hospital psiquiátrico, além das comunidades terapêuticas já inseridas em portaria anterior, como pontos de atenção da RAPS e da abstinência como objetivo da política nacional sobre drogas, para citar somente alguns poucos exemplos.

imbuída dos princípios da Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica e de um projeto clínico-institucional coerente e não, portanto, uma coordenação meramente administrativa. Tive a oportunidade de me deparar com coordenadores dos dois tipos, alguns felizes encontros que culminaram em grandes possibilidades de trabalho e outros, nem tanto.

Alguns encontros foram mais desencontros e se deram de maneira violenta, causando impossibilidades de trabalho e de pensar e trazendo condições de destrutividade tanto para mim quanto para a equipe e para a saúde mental como um todo. Portanto, precisamos ao menos estar avisados de que alguma diferença faz e que não é sem consequência a escolha de um coordenador de saúde mental ou de equipamentos desta área.

Penso que os coordenadores de saúde mental e de equipamentos têm uma função de facilitadores e fomentadores de práticas e políticas antimanicomiais e de um projeto clínico-institucional, os quais devem sustentar. As ações destes atores podem contribuir com avanços antimanicomiais ou dificultar este processo. De uma forma ou de outra, parece-me de fato que a assunção de um coordenador não imbuído dos princípios políticos - referente a política pública e não política partidária - da área, certamente traz impactos - possivelmente deletérios - para a prática em saúde mental.

A partir destas questões, inquietações e reflexões surge então uma proposta de pesquisa, vinculada ao Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO-IPUSP), que pretendeu se debruçar sobre algumas destas questões, tentando garantir um espaço de reflexão e propostas para que seja possível sustentar a proposta antimanicomial nas práticas em saúde mental.

Desta forma, no capítulo 1, busquei fazer uma breve discussão sobre a história da saúde mental, passando pelas suas marcas manicomiais, o período de luta contra este modelo e conquista de uma nova política, apontando as contradições existentes, com a coexistência, nas práticas e políticas, destes dois modelos. Tentei, no Capítulo 2, sustentar teoricamente um modo de compreensão do funcionamento da saúde mental enquanto instituição e, no Capítulo 3, discutir a controvérsia entre clínica *versus* política em saúde mental, buscando sustentar a relevância destes dois aspectos para a área e hipotetizando uma condição de

negligência de uma clínica que pressuponha a compreensão do funcionamento dos processos psíquicos nas práticas em saúde mental. No Capítulo 4, propus a realização de grupos operativos como método de trabalho para a realização da pesquisa com uma equipe de CAPS II e, no Capítulo 5, a apresentação e análise dos resultados e discussão dos dados da pesquisa. Encerrei este trabalho com algumas considerações finais apontadas no Capítulo 6.

CAPÍTULO 1

Saúde Mental: percurso histórico, movimento político e avanços sociais

A Saúde Mental possui uma história de exclusão e segregação, colocada em ação ao longo de séculos pelo banimento social e modelo de atuação hospitalocêntrico, tendo seu dispositivo de maior destaque o hospital psiquiátrico, o manicômio, instituição marcada por condições de maus-tratos, negligência e mortes, que permaneceram silenciadas até tomar força o movimento pela Reforma Psiquiátrica e ganhar impulso medidas e tratamentos comunitários e substitutivos ao hospital.

Segundo Amarante e Cruz (2008), o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início no final da década de 1970 com a criação do “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental” que foi transformado posteriormente no “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Teve como referência principal a Psiquiatria Democrática Italiana, que tinha como um de seus protagonistas, Franco Basaglia, cujo comparecimento ao Brasil em 1978, se constituiu como um marco histórico para o movimento no país.

Como referem os autores, o período de surgimento da luta antimanicomial foi um período de intensas denúncias dos maus-tratos e tratamentos indignos e desumanos nos hospitais psiquiátricos. Essa realidade denunciada já ocorria há décadas, constituindo-se, muitas vezes, mais como estratégias lucrativas de negócios do que tratamento propriamente dito, conforme apontam Lancetti e Amarante (2012, p. 671):

Durante os anos 1960 e mais incisivamente nos anos 1970 e 1980, os hospitais [psiquiátricos] financiados pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) tornaram-se negócio rentável apesar de seu alto grau de iatrogenia, pois podiam ter centenas e até milhares de pacientes internados com pouquíssimos funcionários, péssimas condições sanitárias e anulação de direitos de cidadania de seus internos.

Alguns exemplos da história ilustram a condição de maus tratos, desrespeito e indignidade, indicando que tais pessoas não podiam ser reconhecidas

em sua condição humana. Aspecto que Brum, no prefácio do livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013), denuncia com relação ao Colônia, hospital psiquiátrico de Barbacena – Minas Gerais, o maior do Brasil:

São sobreviventes de um holocausto (...). Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (Brum, 2013, p.13-14).

Arbex (2013)⁵ denunciou o genocídio de 60 mil brasileiros e colheu depoimentos de profissionais e usuários da condição desumana e das atrocidades ali praticadas – todos exemplos chocantes das inimagináveis e inacreditáveis condições de desrespeito, violência e maus-tratos, a ponto de Franco Basaglia chamar aquele manicômio de “campo de concentração nazista”.

Os supostos “loucos”, em sua maior parte (70%), não tinham sequer diagnóstico de doença mental, sendo apenas pessoas que incomodavam outras com mais poder, porque “eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública”. (Arbex, 2013, p. 25). “Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças”. (Brum, 2013, p.14). “A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar” (Arbex, 2013, p. 26).

Era evidente a condição de instrumento social de exclusão em detrimento de local de tratamento e cuidado. Tendo, a psiquiatria no Brasil se constituído “somente no início do século XIX, a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por

⁵ Pelo seu livro-reportagem *O Holocausto Brasileiro*, a jornalista Daniela Arbex foi premiada e garantiu o desnudamento em detalhes da realidade cotidiana do Colônia, contada pelos seus protagonistas. Leitura essencial para que tal realidade não seja esquecida e para que possa ser elaborada, não repetida e superada pela sociedade brasileira.

decreto de 1841. (...). Até o final da década de 50, psiquiatras e clínicos ainda eram uma raridade por lá [no Colônia]” (Arbex, 2013, p. 30).

Tais condições, não exclusivas do Colônia, culminaram em intervenções nos hospitais psiquiátricos, tal como apontam Lancetti e Amarante (2012):

Em 3 de maio de 1989 foi decretada a Intervenção no único hospital psiquiátrico da cidade [de Santos], a Casa de Saúde Anchieta. Depois de denúncias de maus-tratos e mortes acontecidas no hospício, uma equipe liderada pelo psiquiatra Roberto Tykanori começou a gerenciar essa instituição privada que tinha aproximadamente quinhentos pacientes. Uma legião de profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas entrou no hospício para cuidar dos pacientes que se encontravam em estado de saúde lamentável. Toda ordem institucional foi alterada; na primeira noite foram fechadas as celas fortes, proibida a aplicação de eletrochoques, alguns pacientes começaram a sair do hospital e as famílias convocadas para participar das altas. A Intervenção na Casa de Saúde Anchieta foi mais uma escola de liberdade (...) (p. 672)

As conquistas se ampliam desde o início do movimento, com diversos dispositivos extra-hospitalares sendo concebidos e criados desde a década de 1970-80 como estratégias de superação do modelo manicomial e forma de manifestação, sinalizando haver outros tratamentos possíveis nos quais não se fere a liberdade, a possibilidade de convivência comunitária e a dignidade humana. Em 2001, a política antimanicomial que já acontecia na prática, mesmo que de maneira pontual e esparsa, em diversos locais, instituições e pelas mãos e ação política de diversos trabalhadores, se concretiza com a publicação da lei 10.216, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2001).

Alcança-se assim uma condição de reconhecimento já há muito almejada: aqueles que não eram sequer tratados como seres humanos, ganham direitos, acarretando mudanças consideráveis nas práticas de saúde mental, com a concretização de estratégias de cuidados extra-hospitalares e implantação de dispositivos comunitários de atenção à saúde mental.

A progressão na quantidade das estratégias e equipamentos implantados sugere um grande avanço na proposta de saúde mental como política pública, sendo verificado nos anos seguintes à lei um aumento na quantidade de diversas modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, i, AD) implantados em todo o país – de 148 em 1998 para 2209 em 2014 (Brasil, 2015),

fechamento de hospitais psiquiátricos, implantação de Centros de Convivência e Cultura (CECO) e/ou Cooperativas, implantação e fortalecimento de programas e estratégias como o Programa de Volta para Casa (PVC), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) com equipe de saúde mental, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) (Brasil, 2005; Brasil, 2007), implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS – portaria 3088/2011), entre outros.

Diante de importantes conquistas na área de Saúde Mental, Tenório (2007), alerta que, com a implementação de tal política, os avanços se multiplicam, mas com eles também se aumentam e complexificam as dificuldades e desafios. Ideia corroborada por Pinto e Ferreira (2010) que apontam a necessidade de problematizar a reforma psiquiátrica brasileira, mapear “novos riscos trazidos no seu bojo” (p. 30).

Ao tratar da reabilitação psicossocial – que indicam ser o operador teórico-prático da reforma psiquiátrica – consideram que “na esteira desse conceito e de seus efeitos práticos se fazem presentes antigas formas de psiquiatrização sob um novo rótulo” (p. 31), ressaltando que “mesmo um serviço de vanguarda pode trazer o ranço da cultura asilar” (p. 31). E retomam Castel (1991 apud Pinto e Ferreira, 2010), para o qual “as mesmas funções, interesses, dispositivos de poder podem estar presentes em práticas inteiramente renovadas” (p. 31).

Fernandes, Scarceli e Costa (1999), ressaltam a partir do lema da Luta Antimanicomial – “por uma sociedade sem manicômios” – que o termo manicomial se refere a uma “metáfora da desigualdade e da violência, produto das relações de exploração. Desperta o pensar sobre o enclausuramento, a segregação, os mecanismos de opressão em diversos tipos de relação e em diferentes instituições.” (p. 11). Para 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.” (p. 49).

Visto que, conforme aponta Fernandes (1999, p. 39), “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”, é de se considerar que na Saúde Mental pós-marco legal da Reforma, persistam ainda mecanismos de exclusão e segregação no seio dos dispositivos, equipamentos e

política da “nova Saúde Mental”. A possibilidade de reconhecer os mecanismos de opressão, segregação e violência pode constituir um grande passo no sentido de “superação dos manicômios” (p. 13). Para tanto, identificar contradições e ambiguidades nas práticas em saúde mental, que possam representar metáforas de exclusão mesmo inseridas num contexto de política antimanicomial e atenção comunitária em saúde mental, se faz relevante a fim de que se possam encontrar novos meios de superação.

1.1 Contradições e ambiguidades nas práticas em Saúde Mental

No processo de inauguração de uma nova área de atenção ou de compreensão de um saber ocorre um movimento de defesa de tal área, que tende a apagar ou obnubilar suas fronteiras, seus limites, suas dificuldades. Através desse movimento, o que surge como uma perspectiva inovadora e revolucionária, pode se tornar ideologia e, assim, aprisionar um olhar e um fazer tão empenhados em se justificar que não podem perceber suas próprias dificuldades.

A tarefa primária desta nova área, como poderia ocorrer com a Saúde Mental, torna-se secundária e sua tarefa principal passa a ser a própria manutenção da instituição e ideologia enquanto tal (Bleger, 1998). Trata-se de um risco, ao qual devemos estar atentos, a fim de não se deixar aprisionar pela ideologia, pela “clausura de um conceito” (Fernandes, 1999, p. 97), tornando-se impossível identificar suas ambiguidades e contradições. Conforme aponta Fernandes (1999), “Cabe-nos hoje a tarefa de lutar pela identificação dos novos lugares da clausura. Cabe-nos a luta não somente contra as conhecidas formas de exclusão, mas identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam” (p. 97).

Em entrevista, Fábio Belloni (2014), presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) denuncia a permanência de estratégias manicomiais em dispositivos antimanicomiais: “observamos que vários equipamentos de saúde mental, ainda que estejam de portas abertas, [e] atendam na lógica dos direitos, (...) ainda trabalham na lógica manicomial, colocam o sujeito

nessa relação em que ele é tutelado pelo serviço, não oferece autonomia de fato.” (Belloni, 2014, s/p).

Corroborando tais perspectivas, diversos pesquisadores identificaram contradições nas práticas discursivas dos trabalhadores de saúde mental atuantes em dispositivos extra-hospitalares e comunitários, nos quais transpareciam princípios e norteadores manicomiais. Muitas destas pesquisas se passam em CAPS, o dispositivo da Reforma por excelência.

1.1.1 Contradições e ambiguidades nos serviços de saúde mental: o discurso dos trabalhadores e práticas

Pinho (2009) aponta que o CAPS não deveria ser um serviço novo, mas um serviço inovador e parte de algumas considerações e observações para pensá-lo em sua pesquisa: que mesmo nos CAPS o indivíduo pode continuar sendo tratado como objeto e não como sujeito, ficando mantido o instrumento do poder disciplinar; que mesmo no CAPS pode haver uma estrutura hegemônica hospitalar e que algumas práticas impedem que o modelo tradicional seja modificado por completo, ocasionando uma condição de coexistência de práticas inovadoras e práticas tradicionais; a compreensão do adoecer psíquico pode ocorrer segundo uma lógica dominante de sofrimento mental como algo a ser afastado; e que os discursos dos trabalhadores de saúde mental apresentam e representam diferentes manifestações ideológicas – vinculadas à lógica manicomial, antimanicomial etc. – que poderiam ser compreendidas como a gênese das possibilidades de transformações, mas também de conflitos e contradições. Tais discursos revelariam, desta forma, saberes e práticas (manicomiais, psicossociais etc.) que nem sempre se articulam.

A partir de entrevistas com trabalhadores de saúde mental, o autor identifica alguns discursos que se aproximam de uma lógica manicomial, tal como o discurso que denomina de benevolente, que entende a loucura como um fenômeno limitante do processo de reinserção social das pessoas.

Desta forma, ressalta que “o *modus operandi* do serviço continuaria semelhante ao funcionamento ideológico que mantém o manicômio” (p. 175), conservando no indivíduo a patologia. O autor identifica alguns processos que denunciam tal condição: o usuário participa do projeto quando permanece dentro da instituição e participa das atividades intra-muros, tendendo o serviço a desconsiderar singularidades e não sendo possível perceber as “diversidades de manifestações do sofrimento mental e de quem sofre” (p. 180); há uma busca por conter a crise, em vez de favorecer que ela possa emergir; são realizadas práticas de triagem a fim de determinar “se o usuário é compatível ou não com as exigências institucionais” (p. 185); há pouca inserção do serviço na comunidade e “a inclusão na comunidade se reverte em inclusão no serviço (...) [o que seria] mais compatível com modelos tradicionais, que cronificam e institucionalizam a loucura, como o manicomial” (p. 316); os usuários são encaminhados imediatamente à consulta psiquiátrica após a triagem, que não contempla a escuta e acolhimento. “A doença é a “entidade viva [responsável] pelo apagamento do sujeito e de sua singularidade” (p. 188).

Tais considerações indicam uma tendência, apontada por Fernandes (2005), ao aprofundamento do conhecimento dos fatores biológicos dos “transtornos mentais”, uma busca pela “eliminação do mal; o mal da loucura” (p. 42), aspecto que pode fazer do sujeito, objeto. A autora salienta a importância na área de saúde mental do deslocamento do eixo saúde-doença, do eixo terapêutico para o eixo social, o que conduz “a discussão à dimensão da subjetividade enquanto expressão das diferentes modalidades de subjetivação de nossa cultura e das singularidades próprias do movimento de constituição do sujeito psíquico” (p. 41), aspecto que não é possível, uma vez individualizada a patologia.

Pinho (2009) aponta o risco de práticas que não têm conseguido ressignificar a teoria e vice versa, risco de “posturas e práticas que não libertam ou problematizam, mas normalizam, docilizam, tutelam” (p. 189) e identifica intervenções pautadas no compadecimento, comoção e benevolência por parte dos trabalhadores.

A partir de sua pesquisa, identifica ainda uma indefinição conceitual sobre quem seriam os usuários do serviço; imprecisão sobre assuntos complexos e fundamentais para o trabalho – tais como as diferenças de concepções baseadas na

normalidade / patológico ou reabilitação psicossocial – e dificuldade em estabelecer limites precisos sobre a própria prática.

Foi possível notar (...) que o discurso dos trabalhadores está permeado por muitas contradições, que vão desde a indefinição do objeto de trabalho até a aplicação de conceitos equivocados na prática. Isso vem reforçar que os trabalhadores dos serviços substitutivos produzem práticas incertas no cotidiano, as quais, apesar do empenho coletivo que busca a superação do comum e do tradicional, acabam mesclando modelos assistenciais originalmente incompatíveis, como o psicossocial e o manicomial (Pinho, 2009, p. 308-309).

Diante da impossibilidade de discriminar quem seriam os usuários dos serviços, os trabalhadores acabam por adotar critérios de entrada que se constituem como “parte de uma rotina organizatória da prática ainda de acordo com o modelo clínico tradicional – o que eles conhecem – centrado no diagnóstico, nas manifestações comportamentais da loucura e na sintomatologia do usuário” (p. 310), acarretando uma condição de risco de um dispositivo tão importante como o acolhimento, ficar reduzido a um mero procedimento, perdendo sua dimensão de escuta e toda sua complexidade.

Pinho (2009) considera que é possível identificar uma consciência do trabalhador para a importância de um trabalho de libertação, contudo, nota que as imprecisões conceituais relativas ao trabalho e aos princípios deste favorecem “práticas que fazem com que o trabalhador perca a noção da complexidade do sofrimento mental e se concentre no potencial limitante da loucura” (p. 310-311), levando a “relações de fraternidade, compadecimento e benevolência” (p. 311).

Corroborando tais achados, Koda (2002) ao entrevistar trabalhadores de saúde mental de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) identifica que ao discurso antimanicomial também se mesclam concepções antigas do campo da psiquiatria, sendo um exemplo a concepção dos trabalhadores acerca da loucura. A pesquisadora observou que a doença mental podia ser atribuída à carência cultural, social, familiar e individual, sugerindo uma concepção tradicional de que a loucura decorresse de uma condição de deficiência, que seria individual, em última análise.

Numa situação específica de mudança de gestão política, Koda (2002) observa que os processos e estratégias antimanicomiais não puderam se

sustentar sem apoio da nova equipe de gestão e observa, a despeito de se tratar de um equipamento representante da lógica antimanicomial, ações de retorno ao modelo tradicional, exemplificados pela lógica da agenda médica como organizador dos atendimentos; dificuldades em ações extra-muros e até uma letargia da equipe e da instituição.

Scarcelli (1998), na mesma linha argumentativa, também aponta a existência de contradições quanto ao desconhecimento dos trabalhadores sobre como lidar com pacientes psicóticos dentro da “nova lógica” antimanicomial, o que culminaria, por sua vez, numa condição de angústia. Sugere uma condição de medo associada à impossibilidade de delimitação sobre o que vem a ser a doença mental/ loucura e as formas de sofrimento que acarreta, parecendo faltar um modelo de compreensão de saúde fora dos padrões tradicionais. “‘Psicótico’, passa a ser o termo que identifica/categoriza os usuários (...)” (p. 84), mesmo que não se saiba o que isso significa na nova modalidade.

A autora identifica ainda uma predominância do modelo médico nos atendimentos; uma representação corrente e contraditória aos princípios antimanicomiais de que ao doente mental não há possibilidade de saída do lugar de invalidez e a crença de que o trabalhador só poderia atuar de modo a amenizar o sofrimento mental; presença da ideia de cura como relacionada à volta a um estado de normalidade – herança indiscutível do modelo médico e tradicional – e ideia de que este estado poderia ser alcançado com neuróticos, mas os psicóticos jamais teriam uma “vida normal” (p. 83).

A autora observa que entre os trabalhadores de saúde mental há questionamentos sobre a possibilidade de concretização da política oficial e sobre os princípios antimanicomiais, “que incluem uma suspeita sobre a validade desses princípios” (p. 120). Diante de tal suspeita, assume-se uma postura de negação do trabalho coletivo e priorização de ações individuais ou negação das dúvidas e transformação dos princípios [antimanicomiais] em ‘crenças” (p. 120), acarretando uma paralisia no processo de criação no trabalho: “não se consegue pensar.” (p. 120).

Frente à angústia, lança-se mão de antigas formas de relacionamento e intervenções manicomiais e as “contradições entre o velho e o

novo deixam os trabalhadores imersos num mundo de indiscriminações e atualiza a repetição de atitudes estereotipadas” (p. 124). “Neste sentido, podemos afirmar que aquilo que se tenta combater no plano das ideias e ações propostas pelo movimento antimanicomial, muitas vezes, se reproduz no cotidiano do trabalho que se propõe alternativo” (Scarcelli, 1998, p. 83).

Outros dados podem possibilitar a reflexão sobre as contradições que se apresentam diante das diretrizes antimanicomiais e as heranças manicomiais, deslocando-se a questão das práticas dos trabalhadores para a dimensão de política pública, conforme discutiremos a seguir.

1.1.2 Contradições e ambiguidades no âmbito da política de saúde mental e sua implantação

Garante-se pela lei 10.216 (Brasil, 2001) que a internação no país só ocorrerá quando os recursos extra-hospitalares e comunitários se mostrarem insuficientes. Contudo, há um contingente de pessoas ainda internadas em hospitais psiquiátricos nos dias atuais, denominados “moradores”, que chegam a permanecer dez, vinte, trinta, trinta e cinco anos ou mais “morando” nos hospitais – apesar de serem locais certamente distintos de um lar – aguardando a construção de Serviços Residenciais Terapêuticos pelos municípios brasileiros e outras estratégias de desinstitucionalização (Bichaff; Barros, 2008).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) constituem-se como moradias e são uma importante estratégia na superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. As residências têm a função de acolher e se constituir como um lar, em especial àqueles egressos dos hospitais psiquiátricos após longas internações, “que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário” (Brasil, 2004a, p. 8) e “podem servir de apoio a usuários de outros serviços de saúde mental, que não contem com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia” (p. 5).

Trata-se de uma estratégia ainda em processo de implementação, contudo, é digno de nota que até 2004, de acordo com o Ministério da Saúde, ainda havia 12.000 pessoas moradoras em hospitais psiquiátricos em todo o Brasil que poderiam ser beneficiados pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (Brasil, 2004a). No que se refere ao Estado de São Paulo, Barros e Bichaff (2008) organizaram um Censo Psicossocial de moradores de hospitais psiquiátricos – compreendidos como aqueles institucionalizados por um período igual ou superior a um ano até a data de 30 de novembro de 2007 – que indicou a presença de 6.349 moradores em 58 hospitais psiquiátricos próprios do Sistema Único de Saúde (SUS) ou conveniados a este, sendo que dois destes hospitais não possuíam internos na condição de moradores⁶.

Tais serviços residenciais constituem-se, portanto, como meios relevantes de retorno à vida comunitária e de desinstitucionalização, sendo uma importante estratégia no processo de implantação da reforma psiquiátrica portanto; inclusive, e por uma segunda via, por implicar a desativação de leitos hospitalares⁷ em relação direta à saída dos usuários ingressantes nos SRT.

A despeito de todos os avanços na área de saúde mental, a julgar pelo número de moradores de hospitais psiquiátricos, e apesar de previsto na política nacional importantes estratégias de desinstitucionalização, como os SRT e PVC, podemos observar que as estratégias manicomiais ainda se fazem presentes.

Uma vez sustentada a discussão dos manicômios enquanto metáfora de segregação e exclusão - aspectos que podem ocorrer mesmo em dispositivos antimanicomiais -, pode-se levar à crença de que a discussão se daria neste âmbito porque os manicômios enquanto instalações físicas estariam superados e não fossem mais uma realidade atual, mas de um passado histórico da saúde mental. Contudo, a permanência de moradores em hospitais psiquiátricos contradiz esta expectativa e a maciça presença das comunidades terapêuticas no território nacional também.

⁶ Ressalta-se, no entanto, que, diferentemente da pesquisa anteriormente citada, tal número não se refere diretamente àqueles que seriam beneficiários pelos SRT, visto que grande parte possui família localizada e outras características para os quais outras estratégias de desinstitucionalização poderiam ser prioritárias, como o Programa de Volta para Casa (PVC) e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. (Barros e Bichaff, 2008).

⁷ Aspecto alterado pela portaria 3588/2017 que não mais prevê a desativação destes leitos.

Comunidades Terapêuticas (CT), tal como ocorrem no Brasil⁸, são, grosso modo e em geral, instituições totais, tal como a concepção de Goffman (2010), que possuem um contingente reduzido de profissionais especializados, são vinculadas a instituições religiosas e destinadas ao “tratamento” de usuários de álcool e drogas, mediante uma organização da rotina que passa pela condição de isolamento, realização de trabalhos domésticos e, às vezes no campo, e indisponibilidade da substância de uso ou abuso, sendo a abstinência o único objetivo aceitável (Ribeiro; Minayo, 2015). Por vezes tais instituições acabam por acolher também pessoas com transtornos mentais sem lhes proporcionar o tratamento adequado.

Ribeiro e Minayo (2015, p. 515) apontam que “as principais formas de recuperação e de reabilitação [nas comunidades terapêuticas] são a evangelização e a conversão religiosa. As CT confessionais concebem um modelo de tratamento centrado na oração e na abstinência, modelo este em desacordo com as políticas públicas de saúde mental”⁹.

Dados do Ministério da Justiça indicam a presença de 1.831 comunidades terapêuticas em todo o Brasil até agosto de 2013 (Brasil, 2013). Segundo Ribeiro e Minayo (2015) dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) indicariam um número de 2.503 comunidades terapêuticas, atendendo a sessenta mil pessoas por ano. De acordo com Damas (2013), mais da metade das pessoas com transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias no Brasil estão sendo tratadas em comunidades terapêuticas, apontando a existência de 2.500 comunidades que atenderiam 80% das pessoas em situação de dependência de drogas.

Ribeiro e Minayo (2015) apontam que na perspectiva antimanicomial, o tratamento proporcionado pelas comunidades terapêuticas é compreendido como uma “forma de violência institucional” (p. 520), que são

⁸ Cabe ressaltar que comunidades terapêuticas como descritas aqui são essencial e completamente diferentes das Comunidades Terapêuticas inglesas de Maxwell Jones, que se constituíram como uma estratégia de Reforma Psiquiátrica na Inglaterra e não exclusivamente para tratamento de usuários de álcool e drogas. (Hinshelwood, 2003)

⁹ A partir de março de 2018 a abstinência passa a ser - em contraposição à redução de danos - o objetivo da política nacional sobre drogas.

confirmadas por condições de maus-tratos e de violações de direitos ocorridos nestas instituições (Conselho Federal de Psicologia, 2011),

“...colocando as CT na contramão das políticas contemporâneas de saúde mental e as aproximando dos antigos manicômios. Elas reintroduzem o isolamento das instituições totais, propondo a internação e permanência involuntárias. Centram suas ações na temática religiosa, frequentemente desrespeitando tanto a liberdade de crença quanto o direito de ir e vir dos cidadãos” (Ribeiro; Minayo, p. 520).

Para Belloni (2014, s/p), as comunidades terapêuticas “têm a mesma lógica dos manicômios, de tirar o sujeito de circulação e segregá-lo, afastá-lo das relações sociais. Isso vai contra tudo o que se pensou para a saúde mental”. Ele afirma: “Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas” (s/p). Ressalta-se que, a despeito destas características, as comunidades terapêuticas foram incluídas como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS pela portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde.

A partir dessa discussão, pode-se constatar que os dispositivos de atenção à saúde atuais podem, mesmo em espaço aberto e comunitário, manter práticas segundo a lógica manicomial e indicam a existência de manicômios, cuja sobrevida contradiz com a política atual de saúde mental e suas diretrizes antimanicomiais.

No processo de identificação de contradições, partiu-se, neste capítulo, da identificação destas nos serviços de saúde mental e nos discursos de seus trabalhadores, seguindo-se para uma breve análise de políticas públicas e algumas ambiguidades que se apresentam em âmbito nacional. A formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde mental – uma estratégia também relacionada às políticas públicas – possui um lugar privilegiado nesta discussão, uma vez que se pode pensá-las como relevantes estratégias de fomentação de discussões e modificação de práticas.

Pinho (2009) aponta uma distinção entre profissionais militantes e não militantes da Reforma, estes últimos tendo aprendido com o anti-exemplo dos manicômios e tendo os manuais do Ministério da Saúde como um recurso de familiarização com a área.

Os profissionais atuantes nos serviços de saúde mental atualmente, dado o hiato de tempo entre os dois momentos, em geral não participaram da militância em seus primórdios e na ausência de formação específica coerente com a política de saúde mental antimanicomial estão sujeitos a repetirem práticas tradicionais simplesmente por serem os únicos recursos conhecidos de que podem lançar mão, correndo o risco de perpetuar um ciclo de contradições entre política antimanicomial e práticas vinculadas a uma cultura manicomial. Fica evidente a necessidade de um trabalho de formação para esta prática específica e educação permanente, o que nem sempre é uma realidade.

Nesta mesma linha, Pinho (2009) aponta “a necessidade de haver um profissional específico para trabalhar as demandas do cotidiano da prática (um supervisor institucional) e com os conflitos (um supervisor clínico)” (p. 313), o que, embora esteja previsto nas diretrizes da política pública, não ocorre em muitos dispositivos de saúde mental.

O Ministério da Saúde tem como política o investimento em supervisão dos serviços de saúde mental, que poderia ser compreendida como uma estratégia ligada à formação ou de sustentação das práticas, contudo, a quantidade de editais para seleção de instituições - que já não são publicados há alguns anos - a serem beneficiadas por este programa está muito aquém da necessidade e demanda para este trabalho.

Scarcelli (1998) sugere haver uma precariedade da formação para implementação de novas práticas para que seja possível algum modo de intervenção técnica nos dispositivos alternativos. E atenta para a ausência de formação específica em saúde mental para muitas áreas que fazem parte das equipes multiprofissionais destes dispositivos. Tais aspectos sugerem que apesar de uma política antimanicomial, algumas condições fundamentais, como a formação e educação permanente, parecem ficar relegadas, subestimadas e desinvestidas: uma contradição da própria política, uma vez que deixa em segundo plano, justamente aspectos favorecedores de sua implantação e que tem relação direta com os processos de financiamento de políticas pelo Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Uma vez que implantações de equipamentos e sustentação de práticas não se fazem pela lei – ao menos não unicamente – vale ressaltar a extrema relevância do processo de financiamento no âmbito da Política Pública e da Saúde Pública. O já citado aumento na quantidade de equipamentos de saúde mental desde a promulgação da lei 10.216/2001, não se fez sem a relação direta com estratégias de financiamento da política nacional de saúde mental, que pretenderam, em consonância com a lei e diretrizes da área, fomentar estratégias e implementação de equipamentos, redes e serviços coerentes com tal política.

Portanto, uma política que não conte com estratégias de financiamento adequadas trata-se de uma política contraditória, uma política fadada ao fracasso, apesar de toda inventividade que a área de saúde mental e seus profissionais, usuários e familiares podem ter. Tal questão se faz relevante especialmente no momento atual, pelo risco de desinvestimento de equipamentos e estratégias vinculados à política antimanicomial e financiamento federal de estratégias reconhecidas como manicomiais, como as comunidades terapêuticas e propostas que sugerem interesse num incremento de investimento público em leitos de hospitais psiquiátricos.

CAPÍTULO 2

A Saúde Mental enquanto instituição

A proposta de um estudo que se refere à Saúde Mental implica definir de que Saúde Mental estamos falando, visto ser um termo polissêmico, conforme aponta Scarcelli (2011).

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição 'oficial' de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde Mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais. (Paraná, 2016).

Embora aponte para a diversidade de definições para “saúde mental”, tal recorte indica um primeiro entendimento do termo que se refere ao indivíduo e à sua saúde mental. Tal compreensão pode se relacionar muito diretamente a determinadas práticas, tal como a prática individual de um consultório, intervenções medicamentosas e outras, buscando-se estratégias para melhoria da qualidade de vida e saúde mental de um indivíduo em particular.

É possível encontrar o termo saúde mental como referência a uma área de saber, uma área de conhecimento que pode englobar diversas profissões – tais como psicólogo, psiquiatra, psicanalista, profissional de práticas integrativas, esportivas etc. – e ações referidas a estas que podem ser direcionadas a um indivíduo ou a um grupo.

Um terceiro uso do termo sai do escopo individual ou grupal e busca considerá-la em sua dimensão mais ampla, enquanto política pública. Trata-se da saúde mental enquanto instituição, de sua dimensão política, vinculada a uma legislação específica, cuja atenção está direcionada à comunidade, inserida num território e vinculada ao SUS – Sistema Único de Saúde – e seus preceitos de universalidade, integralidade e equidade (Paim; Silva, 2010).

É desta última concepção que se parte neste trabalho. Ao designar saúde mental, refere-se, portanto, necessariamente à Saúde Pública e Coletiva, ao SUS e às suas diretrizes. Para tratar de tal tema, a partir dessa contextualização, parte-se da inter-relação entre Psicologia Social e Psicanálise como referência teórica e recurso de análise e discussão.

Com a Psicanálise, considera-se uma dupla lógica sobre o sujeito na constituição do psiquismo: ele é um fim em si mesmo e membro herdeiro e beneficiário de uma cadeia. (Freud, 1914/2010a). A hipótese da psicologia de grupo sugerida por Freud (1996b), para o qual não é possível dissociar a psicologia individual da psicologia dos grupos, “supõe formações e processos psíquicos inerentes aos conjuntos intersubjetivos (...). Assim, a realidade psíquica não é localizada mais, inteiramente, no sujeito considerado em sua singularidade” (Kaes apud Fernandes, 2005, p. 93), abrindo espaço para a formulação da noção de aparelho psíquico grupal por René Kaës em 1976.

De acordo com Bleger (1988, p. 313),

(...) cada instituição é uma parte da personalidade do indivíduo. E, como tal, tem tamanha importância que a identidade é sempre – total ou parcialmente – grupal ou institucional, isto é: pelo menos uma parte da identidade é sempre configurada pela pertinência a um grupo, uma instituição, uma ideologia, um partido etc.. Fenichel escreveu: ‘Não há dúvida nenhuma de que as estruturas individuais criadas pelas instituições ajudam a conservar essas mesmas instituições’. Mas, além dessa interação indivíduo-instituições, as instituições funcionam sempre (em graus variáveis) como limites do esquema corporal e núcleo básico da identidade.

Bleger (1988), ao tratar do enquadramento, aponta que tal como ocorre com as instituições e relações, este só se dá a perceber quando algo falha ou deixa de existir. Ele nos diz que “está em questão, de algum modo, o problema da simbiose, que é muda, e só se manifesta quando se rompe ou ameaça se romper” (p. 313).

Segundo ele,

(...) deve-se reconhecer que as instituições e o enquadramento *sempre* se constituem num ‘mundo fantasma’: o da organização mais primitiva e indiferenciada. (...) As relações estáveis e imobilizadas (as não-ausências) são as que organizam e mantêm o não-ego e formam a *base* para estruturar o ego em função das experiências frustrantes e gratificadoras. Que não se perceba o não-eu não implica sua não existência psicológica em termos da organização da personalidade. O conhecimento de algo só se dá na

ausência desse algo, até que ele se organize como objeto interno. Mas o que não percebemos também existe. E este ‘mundo fantasma’ existe depositado no enquadramento, ainda que o mesmo tenha sido rompido, ou precisamente por isso. (Bleger, 1988, p. 313-314).

Bleger (1988) indica que o mundo fantasma fica depositado no enquadramento num processo analítico, naquilo, portanto, que é instituição num dado processo, tendo considerado como instituição “uma relação que se prolonga durante anos, com a manutenção de um conjunto de normas ou atitudes” (p. 312).

Segundo Kaës (2002), instituição é uma formação da sociedade e da cultura, um conjunto de formas e estruturas instituídas pelo homem, sendo dotada de uma finalidade, mas que também realiza – sendo o achado Kaesiano – funções psíquicas múltiplas para os indivíduos – em sua estrutura, dinâmica e economia pessoal. Mobiliza investimentos e representações que contribuem para a regulação psíquica e asseguram as bases identificatórias do sujeito ao conjunto social. Para Kaës (2002), a instituição constitui o pano de fundo da vida psíquica na qual podem ser depositadas e contidas algumas das partes do psiquismo que escapam à realidade psíquica.

Enriquez (2002) indica que as instituições estabelecem um modo específico de relação social, à medida que favorecem a socialização dos indivíduos segundo um padrão que tende a manter um mesmo estado de coisas. Possuem um “*papel esencial en la regulación social global*” (p. 84). As instituições “*sellan el ingreso del hombre a un universo de valores, crean normas particulares y sistemas de referencia (mito o ideología) que sirven como ley organizadora también de la vida física y de la vida mental y social de los individuos que son sus miembros.*” (p. 85)

Para Gaillard (2014), as instituições “são emergências da sociedade que asseguram a estruturação, o ordenamento e a perenização de um grupo social” (p. 19) e concernem “ao próprio processo de humanização e à manutenção dele” (p. 20).

Por outro lado, são lugares que não podem impedir a emergência de uma violência que lhe é fundadora:

Pese a los esfuerzos que las instituciones ponen en práctica para encubrir las condiciones de su nacimiento, son y siguen siendo herederas de uno o varios crímenes (“La sociedad descansa ahora sobre una culpa común, un

crímen cometido em común". "Hay un acto memorable y criminal que sirvió como punto de partida a muchas cosas: organizaciones sociales, restricciones morales, religiones". S. Freud, 1912, pág. 163). Si bien renunciaron formalmente a la violencia de todos contra todos, instauraron la violencia legal. Esta, al definir la esfera de lo sagrado y lo profano, al enunciar prohibiciones, al desarrollar el sentimiento de culpabilidad, se enuncia no como violencia sino como ley estructural. Pero al hacerlo engaña a los hombres porque exige de ellos sacrificios por los cuales las instituciones no suelen ofrecer sino compensaciones irrisorias (S. Freud, 1927), los coloca en situaciones intolerables, porque genera angustias e peligros específicos. Además, las instituciones indican por contraposición la constante posibilidad del asesinato de los otros. En efecto, sabemos que lo prohibido suscita el deseo de transgresión, que el conflicto y la rivalidad entre hermanos, miembros de la institución, siempre pueden romper el dique levantado por la necesidad de consenso. (Enriquez, 2002, p. 86-87)

Desta forma, as instituições têm como “função estabilizar e ligar a negatividade inerente à humanidade do homem (...) quando o narcisismo não mais se apoia em suas amarras com a alteridade” (p. 20). Tem, assim, uma dupla função: “inscrever o sujeito e designar-lhe limites” (p. 20), encarnando o “bem comum”, ou seja, “os aspectos instituintes das instituições as configuram como essenciais aos diferentes processos envolvidos na subjetivação, ao mesmo tempo que servem de depósito para os aspectos arcaicos (simbióticos) da psique” (Gaillard, 2014, p. 20).

“Tais aspectos instituintes produzem a ligação e fazem obstáculo à ameaça constante de desligamento mortífero, à volta do arcaico e do caos que o acompanham” (Gaillard, 2014, p. 20). “As estabilizações momentâneas que concorrem para *kulturarbeit* estão sempre sob a ameaça de se reverterem e dar livre curso ao caos do qual protegem o grupo social” (p. 20).

Gaillard (2014) aponta o ganho em legibilidade nas instituições em pensá-las a partir da primazia da pulsão de morte, colocando-se ênfase àquilo “que no humano resiste à humanização” (p. 20). Segundo o autor, “Freud reafirma que (...) o fundo de destrutividade e de barbárie inerente à constituição do sujeito nunca é totalmente transformado: existe uma atração pela destrutividade e pelo aniquilamento, pela abolição do desejo (o desejo do não desejo) e pela renúncia ao difícil trabalho de viver” (p. 20).

De acordo com Gaillard (2014), as diferentes barbáries que caracterizaram o século XX, “levaram a prolongar as intuições de Freud acerca da dualidade pulsional Eros/Tânatos, a considerar a importância central da pulsão de

morte na compreensão da dinâmica entre humanização e desumanização, e a queda sempre possível para o lado da destrutividade” (p. 18).

Ele considera que a hipermodernidade tende a negar a *negatividade* que lhe é incômoda, menosprezando “as incidências das suas ações (e da complexidade) a médio e longo prazo, preferindo o engodo de uma cultura do imediato, do gozo, e da destruição que acompanha este último” (Gaillard, 2014, p. 21), sendo recorrente a tentativa de desvinculação com sua história e de “ruptura de filiação, as quais permitiriam ao sujeito desembaraçar-se dos seus laços de pertencimento (de suas atribuições e dívidas, das obrigações, dos vínculos que elas configuram)” (p. 21).

Considerando que o processo de historização subjaz “à construção psíquica de todo sujeito e (...) que o mesmo ocorre no nível da construção da identidade das instituições ou através dos sujeitos e dos grupos que as compõem” (Gaillard, Castanho, 2014, p. 122), a negação da história pode representar um risco e impedir o processo psíquico importante relativo “especialmente à constituição das identidades profissionais e inscrição dos ‘usuários’ como membros do corpo social” (p. 122-123) no âmbito grupal e institucional.

Gaillard (2014) aponta as dificuldades inerentes às instituições que trabalham com questões sociais e de saúde, inserindo-as na categoria de instituição de mesinscrição. Tais instituições de mesinscrição “são depositárias daquilo que, da história e do impensado traumático de um grupo social (família, comunidade, nação etc.), ficou momentaneamente excluído da representação” (Gaillard, 2014, p. 23). São “buracos negros da história”, que “têm relação com processos de desumanização – situações em que um grupo de humanos decide retirar a outro grupo de humanos a sua humanidade, e considerá-los como ‘*homo sacer*’: homens matáveis. A humanização é, ao contrário, caracterizada pelo trabalho de renúncia ao assassinato” (p. 23).

Bleger (1998) aponta a tendência da sociedade em instalar uma clivagem entre sadio/doente e normal/anormal.

Assim estabelece uma clivagem muito profunda entre ela (a sociedade “sadia”) e todos aqueles que, como os loucos, os delinquentes e as prostitutas, são desvios, doenças, que – supõe-se – nada têm a ver com a estrutura social. A sociedade autodefende-se, não dos loucos, dos

delinquentes e das prostitutas, mas da sua própria loucura, da sua própria delinquência e de sua própria prostituição, e dessa maneira aliena, desconhece e trata como se fossem alheias e não lhes correspondessem. (Bleger, 1998, p. 117)

Tais humanos, depositários da loucura da sociedade, foram feitos – apoiando-se em Gaillard (2014) – *homo sacer* na história da saúde mental e os manicômios constituíram-se como dispositivos normatizadores e validadores da suposta clivagem entre sadio e doente proposta por Bleger (1998).

As instituições de mesinscrição, tal como pode ser compreendida a saúde mental e seus dispositivos atuais, são instituições que lidam exatamente com aquilo da pulsão que “não chegou a se ligar, a simbolizar-se suficientemente, a se humanizar num vínculo com o outro” (Gaillard, 2014, p. 22) e destinam-se ao cuidado de sujeitos para os quais “a inscrição como sujeitos *entre outros* (...) encontrou-se de alguma forma impedida” (p. 22) acarretando sintomas psíquicos, somáticos e do agir. Tais instituições “têm, portanto, fundamentalmente a função de *restabelecimento da trama simbólica*”, tendo como matéria prima “a angústia, o terror e a vergonha (...), ou seja, esse conjunto de afetos que se referem a experiências *extremas*, a configurações nas quais o sujeito se debate em confusões desumanizantes” (p. 22).

Gaillard (2014) aponta que “as instituições são ‘organizadas’ por seu ‘objeto’, com a ideia de que as experiências brutas, as partes da psique do sujeito à espera de humanização, são transferidas para diferentes cenas institucionais, acarretando confusão e destrutividade” (p. 22).

Considera que

“se a negatividade que trabalha ao contrário do processo de simbolização, da *Kulturarbeit*, não for objeto de uma atenção e de uma consideração que autorizem sua transformação, ela pode apenas se repetir indefinidamente, com o que se subvertem as configurações do vínculo, porque são levadas ao extremo: à massificação que confunde, e/ou a um hiperindividualismo fragmentador” (p. 21).

Para tanto, propõe uma clínica da instituição, valendo-se do conceito de aparelho psíquico grupal de René Kaës e apoiado pela metapsicologia do terceiro

tipo, postulada por este. Considera três movimentos de evolução da negatividade que se assemelham à construção da economia psíquica do sujeito.

O primeiro deles diz respeito à parte que é progressivamente incluída, sendo objeto de ligação simbolizante que ocorreria por três vias: operando como trabalho do pensamento que os profissionais efetuam “como lugar de investimento dos sujeitos juntos aos quais intervêm” (Gaillard, 2014, p. 24); como trabalho do pensamento sobre os dispositivos de assistência e/ou saúde e da prática nestes dispositivos; “e a partir da referência de cada profissional ao seu grupo de pertencimento (sua equipe) e à instituição (suas garantias e sua história), por meio dos diferentes espaços de trabalho institucionais” (p. 24).

O segundo movimento se refere a uma parte não simbolizável da negatividade que é mantida fora de representação, tal como na condição de depósito no enquadramento e no vínculo, tal “Como escreveu Freud (...), uma parte da psique do sujeito está ‘fora de sua psique’ e se configura na inter e na transubjetividade” (Gaillard, 2014, p. 24).

Uma terceira parte ainda será expulsa e direcionada aos objetos externos:

Trata-se de colocar algo para fora, de exportar o que ameaça a integridade do grupo (e/ou do ego de certos profissionais), de colocá-lo fora do campo da representação consciente, e de emprestá-lo ao outro como sendo característico deste. Ao se considerar por exemplo a fundação, este movimento é facilmente perceptível: toda fundação é também (em parte, mais consequente ou menos) uma fundação ‘contra’, na medida em que todo grupo fundador busca encarnar uma parte criativa, e passa assim a acreditar que está gerando o ‘novo’, regenerando o mundo (à sua medida). Este movimento supõe que outros projetos, outras instituições, outras equipes, outras práticas, sejam consideradas caducas, inadequadas, tóxicas, etc. (Gaillard, 2014, p. 24).

Esta parte que não é, portanto simbolizável e que o grupo profissional direciona para fora, “excede (...) a sua capacidade de acolhimento e de transformação, e (...) não consegue ser configurado como ligação silenciosa (ou seja, sob a modalidade do ‘depósito’)” (Gaillard, 2014, p. 24).

As partes da psique mantidas fora da ligação simbolizante permanecem, assim, como fontes de desligamento mortífero que ameaçam retornar, principalmente durante situações atualizadas por qualquer usuário, entrando em colisão com estes elementos psíquicos não ligados na psique dos profissionais e/ou na configuração psíquica institucional em relação aos

avatares da sua história, e da história do grupo social. São essas colusões que, com muita frequência, precipitam a entrada em crise das instituições, ou dos profissionais (Gaillard, 2014, p. 24).

Tal como apontado por Gaillard (2014) com relação ao terceiro movimento de evolução da negatividade, podemos identificar na constituição da “nova saúde mental” o processo de expulsão de algo identificado como sendo proveniente de fora, colocando para fora do campo de representação consciente tudo aquilo que pode ser identificado como “manicomial”, ainda que de maneira estereotipada.

Essa perspectiva lança uma luz sobre os processos contraditórios identificados nas práticas e discursos dos profissionais atuantes nos dispositivos dessa nova política. Uma vez que são rechaçadas como algo de fora, relativo ao antigo ou às instituições inadequadas, tais práticas e ideias manicomiais só se podem fazer presente em negativo. E se fazem repetir, incessantemente, como compulsão à repetição, como retorno daquilo que não foi simbolizado.

Certos objetos, práticas ou dizeres ficam estigmatizados como pertencentes a uma determinada prática antiquada, e, portanto, não devem ser ditos, realizados ou considerados, correndo-se o risco, assim, de negligenciar necessidades e demandas dos próprios “usuários” pela proibição prévia e estigmatizada de algumas condutas.

Um dos aspectos que parece ficar nesta condição é a concepção de clínica em saúde mental e o embasamento de uma prática por uma teoria, quando se identifica como teoria aquilo que fundamenta condutas tradicionais e encontra-se circunscrito a um modelo médico-centrado, vinculado ao hospital e a práticas de contenção e desconsideração da subjetividade daquele que é cuidado. Rechaçar a priori a noção de clínica e de teorias que a fundamente é impossibilitar o pensamento e a reflexão, indicando um movimento de expulsão para fora de algo que não pode ser simbolizado.

Tal aspecto poderia ser entendido como um processo de adoecimento tal como compreendido por Pichon-Rivière (2005), que aponta a rigidez, em contraposição à flexibilidade de papéis, como definição de doença.

Haveria então uma clínica que pudesse dar mais flexibilidade à saúde mental e, portanto, segundo esta lógica, restituir-lhe a saúde ao proporcionar a saída da rigidez e estereotipia?

CAPÍTULO 3

O falso dilema do político *versus* o clínico¹⁰

Faz-se aqui uma aposta – possivelmente controversa – numa clínica em saúde mental apoiada por uma teoria que a sustente e que diga respeito aos processos do funcionamento psíquico. Faz-se uma aposta na clínica psicanalítica como uma clínica possível a dar respostas, fornecer recursos e embasar ações e manejos clínicos coerentes com a proposta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica.

Tem-se como hipótese neste trabalho que exatamente este ponto, o da clínica - e a consideração dos aspectos psíquicos -, foi negligenciado na Saúde Mental. Cabe a questão do por quê, uma vez que dentre outras coisas, esta área na saúde pública pretende também constituir lugares de cuidado e tratamento. Hipotetiza-se que esta razão se apresenta na questão do dilema presente na saúde mental entre clínico e político, segundo uma compreensão, neste contexto, de político como relativo à Reforma Psiquiátrica e – porque não dizer – à militância; e clínico como relativo à prática médica, mas mais do que isso, à prática médica tradicional, psiquiátrica, conservadora e controladora, que traz as marcas da história de exclusão e segregação da saúde mental – estereotipia do pensamento, uma vez que clínica pode ser muito mais do que essa prática específica.

É interessante notar que autores utilizam o termo “clínica” como sinônimo exatamente da prática psiquiátrica tradicional vinculada ao sistema asilar, segregador e estigmatizante, incluindo Rotelli (1988) que considera, no processo de Reforma, que “a ruptura do paradigma fundante dessas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização.” (s/p)

Passos (2009) propõe-se a discorrer sobre este dilema do político *versus* o clínico e o considera falso. Bezerra (2013) também aponta a existência de tal dilema, indicando que com a Reforma Psiquiátrica, o “novo campo de trabalho composto por multiplicidade e diferenças já nasce atravessado pela tensão entre a

¹⁰ Parafraseando Passos (2009).

clínica e a política (...) [que] parece reproduzir a ideia socialmente compartilhada de que na política se trata das causas coletivas e na clínica cabem somente as questões individuais” (p. 46).

Tal concepção se constitui como herança da Psiquiatria Democrática Italiana, pois, muito embora a Reforma Psiquiátrica Brasileira tenha tido diversas outras referências – como a Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor francesas, as Comunidades Terapêuticas inglesas e a Psiquiatria Preventiva norte-americana –, a Reforma italiana de Franco Basaglia foi seu grande modelo. (Bezerra, 2013)

Passos (2009) apresenta uma análise crítica a respeito da reforma psiquiátrica italiana, indicando, como Bezerra (2013), uma tendência desta em enfatizar aspectos sociais em detrimento dos clínicos. Segundo Passos (2009), que faz uma análise do texto “Legge e Psichiatria” de 1979 escrito por Basaglia e pela socióloga Maria Grazia Gianichedda, a interpretação dos referidos autores sobre a falência do modelo manicomial no pós-guerra diz respeito ao aspecto econômico, tendo a expansão das sociedades industrializadas, segundo eles, forçado mudanças na organização do “aparato psiquiátrico, sem, contudo, as levarem à radicalidade no que respeita à dimensão normativa da psiquiatria como saber e instituição (...) [tendo intenções] de reintegração produtiva de parcela significativa da mão-de-obra desperdiçada” (p. 221). Assim, segundo tal interpretação, a preocupação em recuperar ou reabilitar os doentes seria a expressão de um interesse na ampliação da mão-de-obra no pós-guerra e não uma preocupação legítima com o cuidado aos pacientes e reflexão e discussão sobre a Psiquiatria e seus modos de atuação.

Diante deste contexto, o foco da proposta basagliana recaiu sobre a ação psiquiátrica, criticando-a por um lado por “incidir sobre o corpo orgânico e singular dos doentes, como reparação e tutela da sua potencialidade de trabalho; por outro, por atuar sobre o corpo social, para o controle de seu equilíbrio produtivo” (Passos, 2009, p. 222). A partir da necessidade de fazer face a um interesse mercadológico,

Há, (...) o risco de que esse diferencial político da proposta italiana leve a uma interpretação e a uma ação sociologizantes da realidade do doente, com pouca ou quase nenhuma ênfase em dimensões propriamente subjetivas ou intersubjetivas, nos moldes do que faria uma clínica

psicologicamente orientada para história da vida afetiva, imaginária ou fantasmático-simbólica do indivíduo (p. 222).

Desta forma, mais do que qualquer outra proposta de reforma, a italiana, levou em consideração a realidade ou dimensão histórico-social do paciente, constituindo-as como norteadores de ações efetivas para mudança da realidade da vida do sujeito, exigindo uma postura política e responsabilidade social por parte do psiquiatra e entendendo o pedido de ajuda menos como doença e mais como uma complexidade de fatores, “individuais e sociais, que levam o indivíduo a uma situação sem saída, marginalizada ou de intenso sofrimento” (Passos, 2009, p. 222). Essa proposta demanda um novo tipo de profissional e fica-se diante de um paradoxo: o profissional deve abrir mão ou suspeitar do saber adquirido, mas, de qualquer forma, não pode dele prescindir completamente.

Basaglia (1979, 2005) indica

a necessidade de uma ‘nova’ ciência e de uma nova ‘teoria’ (...) [diante de um] ‘vazio ideológico’ e que, na realidade, é o feliz momento em que se poderia começar a enfrentar os problemas de maneira diferente. Feliz momento em que, desarmados como estamos, privados de instrumentos que não sejam uma explícita defesa diante da angústia e do sofrimento, somos obrigados a nos relacionar com essa angústia e esse sofrimento sem objetificá-los automaticamente nos esquemas da ‘doença’, e ainda sem dispor de um novo código interpretativo que recriaria a antiga distância entre quem compreende e quem ignora, entre quem sofre e quem assiste. É somente nesse encontro direto, sem a mediação da doença e de sua interpretação, que pode emergir a subjetividade de quem sofre de distúrbios psíquicos: subjetividade que só pode aflorar numa relação que, tendo finalmente saído das categorias objetificantes da psiquiatria positivista, cujo resultado mais concreto foi o manicômio, consiga não encerrar numa ulterior objetificação a experiência abnorme, conservando-a ligada e estreitamente conectada à história individual e social (p. 331).

A impossibilidade de abrir mão totalmente do saber psiquiátrico apresenta-se, na condição exposta anteriormente no capítulo 1 de os trabalhadores de saúde mental lançarem mão de saberes desta ordem, por ser o conhecido e culturalmente difundido. Para Viganò (2012), “fundamentalmente, os dispositivos nunca serão novos, se nós levamos e conservamos dentro de nós, no nosso imaginário, o modelo velho da doença, como por exemplo, o modelo da esquizofrenia” (p. 130). É preciso “identificar as novas roupagens pelas quais os mecanismos segregadores se apresentam” (Fernandes, 1999, p. 97), tomando o cuidado para não “reeditar velhas práticas” (Scarcelli, 2011, p. 7)

Passos (2009) afirma que o desafio é a formalização deste novo saber proposto por Basaglia e que o avanço da crítica institucional e política na atuação das equipes italianas não foi acompanhado por qualquer abordagem psicológica específica do adoecimento ou sofrimento psíquico, fazendo aparecer um falso dilema: da suposição de primazia de um ou outro aspecto – político ou clínico. “(...) é preciso levar em conta que a crítica ao modelo tradicional da clínica psiquiátrica fez com que o movimento das políticas públicas em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira passasse, muitas vezes, pela aversão à ideia da clínica” (Bezerra, 2013, p. 123).

“Dimensões, como a vida fantasmática inconsciente, que aprendemos com a psicanálise a considerar como não separáveis nem tampouco irreduzíveis a qualquer outra dimensão social da existência não são sequer mencionadas nas discussões de equipe [na proposta italiana em Trieste]” (Passos, 2009, p. 223). Sendo inegável a relevância da consideração e posicionamento crítico italiano sobre as questões históricas, sociais e políticas, há, contudo, uma negligência com relação aos aspectos psíquicos que, frequentemente, não são sequer considerados.

Em Trieste ocorre, (...) um quase total abandono da perspectiva subjetiva ou, se quisermos, especulativo-compreensiva sobre a vida psíquica individual, estando as abordagens psicológicas em presença absolutamente minoritária e, quando presentes, restritas a um enfoque comportamental ou ao mero exercício do bom senso (p. 224).

Tal reducionismo terapêutico trata-se de um risco, “já que a ação terapêutica propriamente dita continua existindo, mas, contraditoriamente, tem sua principal referência – alguma há que ter – no vocabulário da psicopatologia médica”. (Passos, 2009, p. 225)

Outro elemento importante nesta discussão é que, conforme indica Arbex (2010), a realidade brasileira dos hospitais psiquiátricos era de um contingente de pessoas sem diagnóstico de doença mental ou seja pessoas que haviam sido internadas devido a questões que correspondiam mais ao âmbito social do que qualquer questão psíquica. Sendo assim, faz sentido que a proposta brasileira de Reforma tenha dado uma ênfase maior a aspectos sociais tal qual o modelo italiano, contudo, a julgar pelo Colônia, se 70% estavam segregadas devido

a questões sociais ou outras, 30% possuíam algum diagnóstico médico, mas mais do que isso, uma condição - possível - de sofrimento devido a questões psíquicas.

Dessa forma, o diagnóstico médico – embora não esclareça muito *per se* – sugere que ao menos alguma porcentagem desta referência de 30% possuíam então alguma condição de sofrimento psíquico que não fosse secundário à internação hospitalar, alguma condição psíquica que necessitasse de cuidados – os quais certamente o hospital psiquiátrico não oferecia, não tratava e portanto negligenciava. Para estes casos, somos chamados também a dar uma resposta. Tem-se aí, portanto, o campo da clínica. Uma clínica que não corresponde, no entanto, à clínica psiquiátrica tradicional nem à clínica médica após o advento da modernidade.

3.1 Complexidade em Saúde Mental: dimensões do campo

O reducionismo terapêutico supramencionado e apontado por Passos (2009) fica em contradição com a característica de “processo social complexo” da Saúde Mental e do processo de Reforma Psiquiátrica proposto por Rotelli e retomada por Amarante (2007), que aponta que diante da intensa e urgente necessidade de superação do modelo psiquiátrico, muitas vezes, as inovações nessa área ficaram reduzidas à mera reestruturação dos serviços de assistência, sendo um grande desafio poder superar tal visão.

Estando o campo da saúde mental inserido num processo social complexo, ocorre segundo o entrelaçamento de dimensões que interagem entre si: dimensão político-jurídica, sociocultural, teórico-conceitual (ou epistêmica) e técnico-assistencial, conforme aponta Amarante (2007).

A *dimensão político-jurídica* diz respeito aos avanços nas legislações e políticas públicas, alcançados e em processo, e aponta na direção dos direitos humanos para garantia de direitos e condições de exercício de cidadania por parte daqueles antes excluídos nos mais diversos contextos e condições. A lei 10.216/2001 é um dos grandes exemplos de avanço em tal dimensão no Brasil.

A *dimensão sociocultural* relaciona-se ao envolvimento de toda a sociedade na discussão para efetivação da reforma psiquiátrica em sua dimensão de inclusão, participação social e cidadania, sendo exemplos deste âmbito as diversas iniciativas culturais realizadas em todo o país, tendo o “objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários)” (Amarante, 2007, p. 73), tendo como seu ponto alto o dia 18 de maio, Dia da Luta Antimanicomial no país.

A *dimensão técnico-assistencial* diz respeito à “constituição de uma rede de novos serviços, como espaços de trocas, de sociabilidade e de subjetivação, a partir da desconstrução dos conceitos que sustentam a prática psiquiátrica e a reconstrução de novos conceitos” (Yasui, 2010, p. 113). Diz respeito também, mas não só, à organização dos serviços, sendo este ponto que se encontra em questão quando se fala em reestruturação dos mesmos.

Tal reestruturação caminhou, no processo de reforma psiquiátrica, do modelo hospitalocêntrico e biomédico ao modelo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Contudo, se faz uma aposta de que o que determina como essa dimensão se organizará *tecnicamente* para além da simples e insuficiente reestruturação dos serviços, conforme denunciado por Amarante (2007), é a *dimensão teórico-conceitual ou epistêmica*, que garante os fundamentos necessários para a sustentação do modelo assistencial, estando estas duas dimensões intimamente relacionadas.

Yasui (2010) parafraseia “Teixeira (1995), que afirmava ser a Reforma Sanitária uma prática em busca de uma teoria, podemos também assim nomear a Reforma Psiquiátrica: é uma práxis em busca de uma teoria” (p. 114). No mesmo sentido, Birman e Costa (1994) ao tratar da Psiquiatria Comunitária, apontam que não é possível colocar em parênteses este sistema teórico, que não é seguro e consistente, para repensar e discutir a rede assistencial. “Estamos perante um problema que necessita ser tratado teoricamente, pois dele decorrem consequências de base sobre a organização de instituições voltadas para a assistência” (p. 41).

A organização dos serviços numa lógica manicomial não era aleatória e sem consequências e partia de um saber psiquiátrico fundamentado pelas ciências naturais e pela ideia de um saber neutro que produziria a verdade sobre seu objeto. Somente o conhecimento produzido pela ciência e seu método de experimentação seria adequado e pertinente neste modelo. “Podemos considerar que o processo de reforma psiquiátrica não é uma invenção de psiquiatras insatisfeitos ou insurgentes (como afirmam os defensores da psiquiatria), mas sim uma consequência natural de uma transformação da própria ciência” (Amarante, 2007, p. 66).

Basaglia, segundo Amarante (2007) “considerava que a psiquiatria tinha um ‘mal obscuro’ por haver separado um objeto fictício ‘a doença’, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social” (p. 66). Tendo como base a ciência natural e o método científico, a psiquiatria considerou a doença como objeto natural independente do homem, passando a se ocupar desta e não do sujeito – estando excluída qualquer consideração sobre aspectos sociais, relacionais ou psicológicos. As características do sujeito (idade, sexo etc.) tornaram-se meras variáveis que influenciariam o curso do adoecimento, suas características e prognóstico.

Segundo Bezerra (2013, p. 31), na Antiguidade Clássica as demandas de cura do sofrimento eram direcionadas para “locais ‘mágico-religiosos’, nos quais a resolução dos problemas acontecia por vontade divina”. Com Hipócrates, o “pai da medicina”, a ação médica passa a ter fundamentação no saber humano e não mais divino, que considerava, no entanto, eventos da natureza e ambientais, fatores externos e internos ao homem. O médico possuía uma função social de análise sobre a complexidade de circunstâncias e vida do doente, buscando compreender e alterar os fatores causadores do adoecimento.

Com a Revolução Francesa, a partir do advento da modernidade, o império da Ciência Moderna incide sobre a clínica médica, fazendo com que ela deixe de ser artesanal para se tornar uma clínica prioritariamente científica. No novo contexto da modernidade, o universo só é apreensível ao saber pela união entre ciência e técnica. A tecnologia passa a ser edificada sobre as leis das Ciências Naturais. O método experimental, como regente da nova ciência, tem como imperativo metodológico a exclusão da subjetividade tanto do lado do cientista quanto do lado do objeto de estudo. (Bezerra, 2013, p. 31).

A prática clínica da medicina passa a ter um novo objetivo: o diagnóstico médico, que deixa de considerar os casos singulares e passa “a atender à necessidade de classificação generalizante imposta por leis universais da ciência” (Bezerra, 2013, p. 31). A medicina deixa de ter como objeto de estudo a vida humana para focar no organismo mecânico, ficando excluídas todas as questões que dizem respeito aos aspectos psíquicos e até mesmo sociais. O campo clínico adquire uma nova estrutura, “em que o indivíduo posto em questão é menos a pessoa doente do que o fato patológico indefinidamente reproduzível em todos os doentes igualmente afetados” (Foucault, 2011, p. 106). Essa visão encontra seu ponto alto nos hospitais psiquiátricos, no qual os sujeitos deixam de ser sujeitos, restando somente a patologia.

Considerando que no modelo tradicional, a psiquiatria colocou o homem entre parênteses, Basaglia propõe colocar “a doença entre parênteses” e se ocupar do sujeito em questão. (Amarante, 2007). Tal ideia implica a produção de um conhecimento, “atitude epistêmica (...) [que] “significa a suspensão de um determinado conceito e implica a possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que, no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos” (p. 67). Proposta que não corresponde à negação da “doença” ou do sofrimento. Tal “estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e coisificar o sujeito e a experiência humana.” (p. 67).

Na condição de coisificar o sujeito, o que era sintoma é doença e o que era, ou poderia ser, um sinal de um sujeito ali presente, passa a ser doença também. O sujeito fica duplamente aprisionado, numa condição de “duplo da doença mental”, contaminado por preconceitos, estigmas e pré-concepções. (Amarante, 2007).

Uma vez colocada a doença entre parênteses, conforme propõe Basaglia, “nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios” (Amarante, 2007, p. 69) e, pode-se complementar: sua subjetividade, sua singularidade, seu psiquismo – questões que ficaram

negligenciadas na prática em saúde mental e são foco desta pesquisa. Segundo esta concepção basagliana, os serviços deixariam de ser locais de repressão, disciplina, contenção e passariam a ser espaços de acolhida, cuidado e trocas sociais, “de sociabilidade e produção de subjetividades” (p. 69).

Conforme esta proposta de Basaglia, propõe-se que tais mudanças de concepção não mais submetidas às ciências naturais são suficientes para favorecer a reorganização e reestruturação dos serviços, a partir da negação da clínica psiquiátrica tradicional e da sua visão específica sobre o adoecimento, mas não são suficientes para fundamentar, afirmar e embasar uma nova prática, para sustentar uma nova clínica e um novo modo de compreensão sobre o adoecimento e sofrimento psíquico, afinal, buscando-se tirar a clínica psiquiátrica tradicional como diretriz de cuidado - ou dito de outro modo, tratamento - há de se colocar alguma outra coisa no lugar: alguma outra clínica, algum outro recurso.

Se o rompimento teórico-conceitual com relação à compreensão de doença pela medicina, seus preconceitos e estigmas produz mudanças na organização dos serviços de modo a não ser mais necessário disciplinar ou constituir uma instituição de controle e vigilância panóptica, este rompimento não garante uma fundamentação teórico-conceitual para subsidiar uma prática que não precise recorrer aos saberes da psiquiatria tradicional.

Supõe-se, assim, não haver uma concepção epistêmica de consideração e compreensão de fenômenos psicológicos e questões psíquicas – de forma não reificante – que fundamente as práticas cotidianas em saúde mental. Retomando Passos (2009), hipotetiza-se que tal condição se daria pela negação¹¹ de qualquer abordagem que trate da singularidade do sujeito, do psiquismo e do sofrimento psíquico. Campos, R. O. (2001) apresenta esta discussão em seu artigo intitulado: “Clínica: a palavra negada”.

O campo da saúde mental parece ter conquistado coerência e consistência na dimensão político-jurídica – por meio de publicação de normas técnicas, leis, portarias, orientações e dispositivos reguladores –, sendo tais avanços que, frequentemente, favorecem, exigem e direcionam as mudanças técnico-

¹¹ Utiliza-se o termo *negação* enquanto uma condição de não-aceitação - de acordo com o definido em Michaelis (2017) - e não na perspectiva psicanalítica da “negativa” de Freud (1925/1996e).

assistenciais, especialmente com relação à reorganização dos serviços, uma vez que as mudanças na dimensão política – na medida que demanda a garantia de direitos dos usuários – torna clara a necessidade de transformação dos mesmos. “Vemos, na prática assistencial, uma *homogeneidade* quanto às políticas públicas que dão diretividade à implantação, financiamento e administração dos serviços abertos e substitutivos ao manicômio” (Guerra, 2004).

O investimento na dimensão sociocultural paralelamente parece ser uma grande vocação do campo da saúde mental, existindo diversas estratégias, muitas delas listadas por Amarante (2007), em todo o Brasil. Contudo, com relação à dimensão teórico-conceitual, hipotetiza-se que, na contramão dos imensos avanços na política e na organização dos serviços de saúde mental, há um desinvestimento ou não-investimento nesta dimensão – que tem como função fundamentar uma prática, tal como a psiquiatria tradicional fundamentou e criou subsídios para a existência dos manicômios. Esta dimensão, contudo, parece ser aquela menos investida, que mais carece de atenção na prática de saúde mental.

3.1.1 Proposições sobre a dimensão técnico-assistencial

Defende-se, independente da teoria dos processos psíquicos que subsidie a prática, uma consistência teórica como recurso, subsídio e fundamento para pensar os casos clínicos daqueles atendidos nos equipamentos e serviços de saúde mental – sem diminuir a importância de outros recursos e dimensões, em especial, a sociocultural e suas iniciativas, já existentes nos serviços substitutivos de saúde mental – e o direcionamento institucional e técnico de tais serviços, presentes num projeto clínico-institucional.

Tem-se com Amarante (2007) que a dimensão técnico-assistencial na área de saúde mental não se refere unicamente à organização e reestruturação dos serviços, sendo tal reestruturação simplesmente ou “apenas redirecionar o modelo assistencial” (Amarante, 2017, p. 11), insuficiente. Propõe-se que esta dimensão possa englobar também uma clínica relativa aos processos psíquicos, uma clínica institucional e um direcionamento clínico-institucional / projeto clínico-

institucional, visto que os CAPS são as instituições de “tratamento” - ou cuidado, considerando que o termo tratamento pode cair na condição de negação por fazer referência a uma clínica - em saúde mental por excelência tendo reivindicado esse lugar em contraposição ao hospital. Processos psíquicos estes que mesmo relacionados a indivíduos pressupõem um sujeito marcado pelas relações, produzido pelas relações sociais, sujeitos constituídos por vínculos e laços, marcados pelos grupos e instituições aos quais pertence, conforme a compreensão de Kaës (2011), Fernandes (2005), Pichon-Rivière (2005), Bleger (1988, 1998).

Dessa forma, a partir de tudo o que foi discutido até aqui, tem-se que a dimensão político-jurídica encontra fundamentos na legislação e portarias brasileiras e que a dimensão sócio-cultural encontra-se intensamente fortalecida como estratégia na saúde mental, tendo na reabilitação psicossocial, uma diretriz teórico-conceitual de condução. Estas duas dimensões garantiram subsídios para a reestruturação e reorganização do modo de funcionamento dos serviços de saúde mental: aspectos da dimensão técnico-assistencial, que contudo, não se limita somente a estes dois elementos. Propõe-se que a dimensão técnico-assistencial está sujeita aos efeitos, por um lado, da dimensão político-jurídica e, por outro, da dimensão teórico-conceitual - que pode ser composta, defende-se aqui, pelas fundamentações que garantam uma perspectiva clínica.

Compreende-se que a reestruturação dos serviços diz respeito a como estes se organizam, seus fluxos, critérios de entrada e de alta, articulação com demais equipamentos e serviços intersetoriais, estratégias socioculturais, dentre muitos outros. Podendo ser fundamentada por diretrizes político-jurídicas - diretrizes políticas oficiais ou oficiosas -, além de teórico-conceituais, faz-se a hipótese de que na saúde mental frequentemente é embasada pelas primeiras.

Cabe, num sentido de busca por efetivação de uma política, questionar como esse processo pode ser realizado e quais atores são responsáveis por mudanças desta ordem numa instituição. Propõe-se que numa instituição de saúde mental, como os CAPS, que conta com a participação de diversos profissionais - também fundamentais para este processo - com formações diferenciadas, a reorganização dos serviços fica submetida inevitavelmente à função de gestão, ou seja, o coordenador do CAPS pode ou não sustentar as diretrizes

político-jurídicas no dia a dia do fazer da instituição; visto que, mesmo que iniciativas de profissionais apontem num sentido de mudança, o gestor pode ou não sustentá-la, garantindo ou impossibilitando sua sobrevivência enquanto estratégia do serviço. Tal como indicado por Koda (2002) ao apontar a impossibilidade de sustentação de uma proposta de cuidado vinculada à Reforma Psiquiátrica quando não houve suporte da gestão em um NAPS.

Neste sentido, o aspecto de reestruturação que fica submetido ao cumprimento de leis e portarias, refere-se a uma construção mais pragmática ou até ideológica, com determinações de elementos mais concretos que podem estar relacionado à função administrativa que o gestor ou coordenador¹² do serviço exerce, garantindo a possibilidade de colocar em prática as diretrizes político-jurídicas instauradas. Tal orientação mais pragmática, pode permitir a instalação de dispositivos presentes nos manuais diretivos do ministério da saúde - como Brasil (2004) -, mas não favorece, por exemplo, a identificação da fundamentação teórico-conceitual das práticas, que pode se apresentar de maneira ambígua, podendo estar referida à prática psiquiátrica tradicional, mesmo que com uma roupagem de Reforma. Essa condição poderia favorecer, dessa forma, a existência concomitante de lógicas manicomiais e antimanicomiais no serviços, sem que se pudesse se atentar a elas e direcionar o trabalho num sentido de um projeto clínico-institucional coerente.

Campos, R. O. (2001) ressalta que frequentemente são contratados gerentes sem vinculação anterior com a Saúde para gerir equipamentos de saúde. No caso da saúde mental, podemos pensar que este primeiro ponto da dimensão técnico-assistencial poderia ser efetivado, ao menos parcialmente - possivelmente deixando muito a desejar no entanto -, por gerentes administrativos, ou seja, gerentes sem formação específica na área de saúde mental. Contudo, eles certamente teriam muito pouco a oferecer nos outros dois aspectos que trataremos a seguir.

¹² Na área de saúde pública, utiliza-se frequentemente o termo gerente ou diretor como cargo. Especialmente na área de saúde mental, costuma-se utilizar o termo coordenador para designar tal função. O termo gestor faz referência à importância da função de gestão em saúde pública no sentido de elaboração e implantação de políticas públicas em saúde.

A clínica diz respeito a práticas e conduções do cuidado em saúde com o usuário¹³ com relação à consideração dos processos psíquicos, singularidade e sofrimento psíquico. Campos, R. O. (2001) nomeia "clínica" as “práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária” (p. 99). Pode-se dizer: com o acolhimento, escuta e cuidado em saúde mental, no contexto tratado neste trabalho.

A autora aponta que “no âmbito dos serviços assistenciais de Saúde, quando saímos do aspecto teleológico e chegamos ao operativo, nos deparamos sempre com uma escolha clínica” (p. 99) e complementa:

É preciso resgatar para o Planejamento em Saúde uma preocupação fundamental com os sujeitos que trabalham nos serviços de saúde, com a finalidade de subsidiar um exercício profissional (...) com o desenvolvimento de uma reflexão sobre as modelagens clínicas que possam se constituir em suporte para novas práticas. (Campos, R. O., 2001, p. 100).

Para organizar tal aspecto da dimensão técnico-assistencial – a constituição de uma clínica – faz-se necessária, acredita-se, uma teoria que direcione um olhar para os processos psíquicos do sujeito e dos grupos e instituições. Considera-se que a possibilidade de constituição de uma clínica pode estar muito relacionada à possibilidade do coordenador sustentar um trabalho de metabolização, processamento e elaboração das questões institucionais (conforme a discussão do capítulo 2) e dos casos clínicos, incluindo a proposta de construção do caso clínico sugerida por Viganò (Guerra, 2004), sendo um trabalho e uma função dos trabalhadores de saúde mental, desde que sustentada e coordenada pelo gestor numa instituição tal como os CAPS.

A clínica institucional pode ser compreendida como relacionada ao projeto clínico-institucional que garante as diretrizes clínicas do trabalho que é desenvolvido na instituição e se relaciona com a teoria que fundamenta o trabalho institucional: como a instituição se pensa e pensa seu trabalho na perspectiva de produção de subjetividades. O projeto institucional, segundo Fustier (2015), tem a possibilidade de convocar, mobilizar e colocar em movimento os elementos

¹³ Utiliza-se a expressão "usuário" pela uso corrente do termo na área de saúde mental e por designar ou buscar designar seu protagonismo em relação à sua saúde.

organizadores da instituição e fortalecer a coerência de uma equipe. Trata-se de um fundamento central para o trabalho, que não se reduz de forma alguma aos fundamentos administrativos.

Pode-se pensar que se trata de um trabalho relacionado à coordenação dos serviços na sua vertente mais técnica¹⁴ e especializada – ficando claro, diga-se de passagem, a fundamental importância de que o coordenador de um equipamento de saúde mental não seja um administrador, um mero gerente desvinculado da Saúde e Saúde Mental – como não raro ocorre, conforme alerta Campos, R. O. (2001) –, mas que tenha uma formação e uma vinculação com a área em questão.

Neste mesmo sentido, na perspectiva de constituição de uma clínica que leve em consideração os processos psíquicos e uma clínica institucional, faz-se essencial que o coordenador tenha formação específica relacionada a tais aspectos. E diante da proposta deste trabalho, que indica uma escolha pessoal da pesquisadora com relação à sustentação de uma clínica psicanalítica e da compreensão de que a Psicanálise tem algo a oferecer para sustentação da proposta antimanicomial, considera-se a pertinência de uma coordenação exercida também por um psicanalista portanto.

Compreende-se, desta forma, a necessidade de um olhar para a questão teórico-conceitual que fundamente a prática e uma clínica implicada com os processos psíquicos: uma ação e função não somente dos profissionais, mas também dos coordenadores dos equipamentos de saúde mental. Tal questão, especialmente pela nomeação de *clínica*, permanece muitas vezes negada no discurso da saúde mental: ficando, analogamente, no lugar da loucura na história manicomial: excluída, segregada, rechaçada, negada. Nas produções textuais da área, conforme citado, esta ideia e discussão já aparece, mas esta discussão chegou aos serviços? Questão que pretendemos buscar clarificar com esta pesquisa.

¹⁴ Utiliza-se o termo “técnica” ou “técnico” na falta de outro melhor, deixando-se claro que não se pretende qualquer relação com uma tecnocracia e uma lógica mais próxima dos princípios mercadológicos aos quais a clínica psiquiátrica tradicional está submetida.

3.2 Por uma clínica implicada com os processos psíquicos na Saúde Mental: uma crítica à hegemonia da Reabilitação Psicossocial

Diante de um suposto – e, sugerimos, falso – dilema do político *versus* o clínico - no qual a dimensão clínica passa a ser negada ou não reconhecida na saúde mental - e da condição da mudança de legislações e normativas que colocam em curso mudanças maciças na organização dos serviços, faz-se necessário que tais serviços funcionem de um modo diferente de como faziam antes. Neste contexto, surge e ganha força na saúde mental, a Reabilitação Psicossocial.

Tal perspectiva constitui quase uma unanimidade no campo da saúde mental, o que faz considerar que possivelmente pode vir a ser compreendida como coincidente ao termo Atenção Psicossocial – presente no próprio nome dos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial - inclusive nas portarias e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Os dois termos são utilizados de maneira quase coincidente, não aparecendo qualquer tensão entre eles. Pode se compreender que a Reabilitação Psicossocial é uma estratégia para a realização da Atenção Psicossocial, mas em geral, isso parece não ficar muito claro. Há ainda diferenças na compreensão do que vem a ser Psicossocial. Tal diferença é tão pungente que em 2017 no Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP) foi realizado um evento para tratar das diferenças de compreensão que o termo psicossocial suscita, dando origem a um livro de produção coletiva de professores e alunos do Instituto¹⁵. Na saúde mental, estes três termos parecem ser usados como se não incorporassem diferenças.

Silva et al (2015) analisam a concepção dos profissionais de um CAPS a respeito da “atenção psicossocial”, concluindo que a compreendem como algo referente à interdisciplinaridade e intersetorialidade das ações, partindo-se do conceito de integralidade. Contudo, as autoras ressaltam a necessidade de maior

¹⁵ SILVA JUNIOR, Nelson da; ZANGARI, Wellington (Org.). Psicologia Social e a Questão do Hífen. São Paulo: Ed. Blücher, 2017

discussão entre os profissionais a respeito do que vem a ser de fato atenção psicossocial a fim de caracterizar esse conceito como um paradigma da saúde mental. Ressaltam ainda uma tendência a conceber a atenção psicossocial como algo indiferenciado do próprio CAPS e das diretrizes do SUS, indicando que, "contudo, a definição de atenção psicossocial não pode ser tratada como equivalente a CAPS" (p. 165). Para as autoras, "é necessário reconhecer as características que compõem este modelo para não cair em visões e práticas sem objetivos específicos e possivelmente sem eficácia, camuflados por algo em que ao englobar o todo, acaba por não abranger nada." (p. 165)

Vasconcelos (2009) discute as abordagens psicossociais e delimita que estas "constituem uma área de conhecimento cujo objeto é a interseção de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, formando um campo aplicado" (p. 141) que deve ser orientado por alguns princípios teóricos segundo ele. Tais princípios, os quais também defendemos neste trabalho para a Atenção Psicossocial, são:

a) não reproduzir práticas terapêuticas, na relação entre aspectos psicológicos e outras dimensões da vida, que coloquem entre parênteses o contexto histórico, social, político e cultural. Dessa forma, pretende-se o caminho contrário, que diz respeito a uma obrigação de levar em consideração "os diversos processos biológicos, ambientais, sócio-históricos e culturais que incidem sobre os fenômenos psicológicos" (p. 142) - não se trata de uma negação dos aspectos psicológicos ou psíquicos, no entanto;

b) a separação da dimensão psíquica da vida social e a redução do objeto das teorias psicossociais é proveniente da tradição teórica convencional e resultado de "conhecimento produzido com base nas práticas segregadas e isoladas em instituições, muitas delas do tipo asilar ou fechado". (p. 142)

O imperativo da desinstitucionalização da atenção psicossocial implica não só reconhecer que a liberdade é terapêutica, como nos ensinou Basaglia, como também que o objeto de seu conhecimento e intervenção acompanha o processo de reconhecimento e a ampliação das múltiplas necessidades humanas dos usuários, aumentando a complexidade deste objeto, uma vez que agora o que está em jogo é toda a existência e reprodução social dessas pessoas, seus projetos de reinvenção de novas formas de viver, e que modificam integralmente os componentes psíquicos de sua realidade. (Vasconcelos, 2009, p. 142-143);

c) lógica contrária às práticas da medicina e psicologia vinculadas lógica de mercado e consumo que oferece serviços cada vez mais especializados e fragmentados, na perspectiva de oferta de serviços públicos, gratuitos, como direito social e responsabilidade do Estado, que se baseia nos princípios e diretrizes do SUS de universalidade, integralidade, intersetorialidade, descentralização, controle social. Tem-se então o sentido da responsabilização dos serviços públicos pelas necessidades sociais dos usuários, que pressupõe a integração intersetorial para sua atenção e implica a ampliação do objeto de atenção psicossocial;

d) por outro lado,

Na perspectiva oposta, o reconhecimento das determinações sócio-históricas e ambientais dos processos psicológicos não pode resultar em promover uma redução dos últimos aos primeiros, suprimindo as particularidades e a especificidade dos fenômenos subjetivos, gerando assim uma tendência para o sociologismo ou politicismo em sua abordagem. (...). [Na] saúde mental, pudemos constatar com a perspectiva da clínica ampliada como é fundamental a consideração do aparelho psíquico e dos fenômenos inconscientes, bem como a singularidade da condição psicótica e suas implicações éticas para o tratamento, uma vez que o caminho da "cura" não está na correção da loucura pela razão ou pela realidade, mas na expressão e positivação da própria produção psicótica, como pistas singulares de sentido, como expressão de suas possibilidades de ser sujeito e de constituição de novas concepções diferenciadas de cidadania, mais apropriadas para esta condição específica de ser pessoa e estar no mundo. (Vasconcelos, 2009, p. 144);

e) “Abordagens psicossociais direcionadas pela perspectiva popular-democrática não podem considerar a subjetividade e os processos psíquicos como fenômenos estritamente individuais e singulares.” (Vasconcelos, 2009, p. 144), visto que processos psíquicos estão inter-relacionados com o contexto sócio-histórico e cultural da sociedade e as relações sociais que se estabelece neste contexto. Dessa forma, compreende-se que os processos grupais e institucionais, os processos coletivos e culturais, inclusive político são atravessados por aspectos psicológicos e subjetivos, cujo desvelamento é fundamental em qualquer perspectiva emancipatória;

f) “Os processos biológicos que incidem sobre os fenômenos psicossociais em estudo não podem ser considerados como se constituíssem uma

determinação isolada dos processos psíquicos ou como processos independentes da dimensão social, histórica e ambiental” (Vasconcelos, 2009, p. 145), como é usual das práticas orientadas pelo positivismo e pelo paradigma biomédico e científico tradicional;

g) o comprometimento das abordagens psicossociais com os grupos populares implica a consideração do contexto de desigualdades sociais, étnicas, linguística, culturais, de gênero que estão inseridas. Todos os grupos sociais que passaram por situação de opressão ou discriminação "tendem a desenvolver representações sociais próprias acerca dos fenômenos mentais e psíquicos, da saúde e da doença, dos processos corporais e das estratégias terapêuticas” (Vasconcelos, 2009, p. 146). Dessa forma, as abordagens psicossociais devem não somente denunciar as condições de opressão e discriminação, mas também identificar tais representações, para que seja possível considerá-las, estabelecendo um "diagnóstico multi e intercultural” (p. 146) e desenvolver modos de atenção adequados;

h) deve-se evitar qualquer perspectiva que compreenda a dimensão psíquica de maneira isolada ou autômata ou que compreenda as fronteiras entre normalidade e doença de maneira rígida e que acabam por apontar um caminho de adaptação e ajustamento aos valores e padrões sociais correntes.

Ao contrário, a transformação da realidade psíquica interna em cada indivíduo se dá de forma inteiramente conectada e ao mesmo tempo conflituosa com a realidade social e cultural externa, uma vez que o inconsciente e o desejo forçam permanentemente os limites atuais da realidade, conformando os processos instituintes e transformando o real existente. (Vasconcelos, 2009, p. 146)

Guerra (2004) por sua vez discute a estratégia da reabilitação psicossocial no campo da saúde mental partindo dos livros de referência para este tema no Brasil – de Pitta¹⁶ e Saraceno¹⁷ –, partindo da análise sobre as diversas experiências brasileiras relatadas no primeiro. Sua análise indica uma diversidade de pressupostos epistêmicos e práticos – por vezes opostos – apresentados por tais experiências, permitindo à autora considerar “a heterogeneidade e os paradoxos que

¹⁶ PITTA, Ana Maria Fernandes. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

¹⁷ SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 1999.

habitam nesse território em nível nacional, dificultando o estabelecimento de um discurso ou tendência comum à prática” (p. 85).

Contudo, conforme mencionado, diante da demanda pela reestruturação dos serviços ganhou destaque no campo das práticas em saúde mental a estratégia da Reabilitação Psicossocial. Esta perspectiva garantiu em torno de si uma espécie de consenso e unanimidade, sendo utilizada muitas vezes sem rigor, designando uma vastidão de estratégias e concepções, sem questionamento sobre suas diferenças. No entanto, a exemplo do que menciona Silva et al (2015), é preciso ter clareza sobre o modelo que se coloca em prática, para que não se caia - também na Reabilitação Psicossocial - em condutas sem objetivo e sem sentido, que ao tentar abarcar tudo, acabam por não oferecer muito.

Faz-se importante retomar as origens da estratégia de Reabilitação. A Reabilitação Psicossocial surgiu nos Estados Unidos na década de 1940 como resultado de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos. Nas décadas seguintes apresentou avanços com novos programas e associações, tendo, principalmente, três frentes de ação: capacitação ou trabalho protegido, oficinas protegidas, moradias ou alojamentos (Guerra, 2004). Tal trajetória por si só nos faz pensar numa perspectiva política, de busca e reivindicação de direitos, não sugerindo qualquer relação com alguma perspectiva clínica.

No livro de Pitta, segundo Guerra (2004),

Os conceitos de reabilitação psicossocial apresentados podem ser resumidos na ideia de que hoje a reabilitação é considerada uma exigência ética, não mais sendo tomada somente como uma tecnologia, mas, antes, como uma estratégia que implica uma política geral de serviços em Saúde Mental. Assim, reabilitação psicossocial passa a ser entendida a partir da ideia de reconstrução do exercício pleno (pleno?) da cidadania e da contratualidade social em seus três cenários: casa, trabalho e rede social. (p. 85)

Pitta retoma a definição de reabilitação psicossocial pela *International Association of Psychosocial Rehabilitation* de 1985, que seria:

...o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (...) O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo (Pitta, 1996 apud Guerra, 2004, p. 85)

Tal concepção apresenta como embasamento claramente um foco no indivíduo e uma noção de déficit que necessitaria de auxílio para se reestabelecer ou se aproximar de uma “normalidade”. Tal fundamentação se mostra presente em diversas estratégias atuais da área de saúde mental, com destaque para as estratégias de grupos e oficinas terapêuticas realizadas em CAPS nas suas diversas modalidades, que possuem objetivos recreativos, de autonomia, vocacionais e laborais – tendo o trabalho, ou a reabilitação para o trabalho, um lugar de destaque –, mas frequentemente não possuem uma fundamentação que forneça recursos e subsídios aos profissionais para atuação e intervenção com grupos, não levando em consideração o funcionamento psíquico relativo aos processos individuais e grupais. (Guerra, 2004)

A estratégia de Reabilitação Psicossocial constituiu-se portanto em um recurso importante para fundamentar algumas práticas nos serviços substitutivos que estavam em processo de construção e implementação na saúde mental no país. Desta forma, muitos CAPS passaram a trabalhar com estratégias de oficinas terapêuticas que tendem a carregar muitos dos fundamentos da Reabilitação Psicossocial. Esta fundamentação tem sua importância por garantir um modo de fazer coerente com a proposta da Reforma Psiquiátrica num momento de mudança de paradigma, favorecendo sua sustentação posterior. Assim, ela esteve e está em intensa relação com a dimensão de reestruturação dos serviços - dimensão técnico-assistencial, possibilitado a designação de metas e objetivos terapêuticos para as ações realizadas num CAPS e estabelecimento de novos modos de fazer em saúde mental, que buscam garantir autonomia aos sujeitos, inserção em projetos de geração de trabalho e renda etc.

Ana Pitta (2004), no prefácio da segunda edição de “Reabilitação Psicossocial no Brasil”, enfatiza essa dimensão, destacando ser uma obra de autores que “seguem sendo sujeitos da reforma da assistência psiquiátrica brasileira desempenhando novos papéis, fazendo *algo mais* para torná-la irreversível” (p. 5), destacando o lema do Ano Internacional da Saúde Mental: “*cuidar sim, excluir não*” para que seja possível “superar a iniquidade de chances de sobrevivência digna que enfrentam os usuários das instituições psiquiátricas do país” (p. 5). Complementa

ainda apontando que “Sendo a Reabilitação Psicossocial um conjunto de práticas intersetoriais de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura, e outros, muito há que fazer” (p. 5-6).

Não se coloca em questão aqui a relevância da Reabilitação Psicossocial no Brasil, no entanto, é mister poder identificar em que direção seguem suas práticas e ações. Diante da sua história, sua origem e construções, parece claro que a Reabilitação Psicossocial trilhou um caminho de favorecimento e fortalecimento da política pública antimanicomial, tendo extrema relevância na constituição de novas práticas e novos modos de fazer em saúde mental, promovendo aumento de contratualidade dos usuários e desenvolvimento de habilidades para a vida em sociedade. Caberia aqui, no entanto, uma discussão sobre um objetivo de adaptação para a vida em sociedade versus a modificação da sociedade que promove condições de exclusão e estigma, contudo, não sendo objetivo deste trabalho, não me atarei a essa discussão - alguns autores fazem discussões neste sentido, tal como Bleger (1998) e Omote (2004).

Dessa forma, a Reabilitação Psicossocial se constituiu como estratégia terapêutica e um importante norteador das práticas em saúde mental no contexto da reforma, mas não garante uma concepção teórica e subsídios para compreensão dos processos psíquicos e implementação de intervenções que os levassem em consideração. Não se constituiu - e nem poderia, por sua própria origem e história - como uma fundamentação epistêmica para o estabelecimento de uma clínica do sujeito psíquico ou mesmo uma clínica da psicose e uma clínica da instituição - que serão abordadas a seguir. Mas, pode-se compreender que a Reabilitação Psicossocial não dá respostas a uma questão que não se pode formular; eis aí o sentido da unanimidade e consenso.

Guerra (2004) ainda na sua análise sobre a perspectiva de Reabilitação Psicossocial, aponta que o segundo livro que lhe é fundamental – de Saraceno – avança, entretanto, na discussão, “buscando constituir uma teoria da reabilitação” (p. 88), a partir da revisão dos modelos de reabilitação psicossocial, que culmina numa proposta crítica a esta prática.

[Saraceno] Aponta a perspectiva adaptacionista dos quatro modelos [de reabilitação psicossocial] estudados que se centram na correção, ora dos desvios no sujeito, ora do funcionamento do meio sócio-familiar, dando

ênfase à aprendizagem de habilidades pelos sujeitos e/ou a mudanças contextuais no modo de funcionamento da dinâmica familiar. (...). Critica o modelo darwiniano na reabilitação a partir do qual é perseguida a capacidade singular de participar de forma vitoriosa na batalha da sobrevivência. O que traz, como decorrência, a busca da autonomia, como mito responsável pela hiper-seleção de sujeitos à reabilitação, deixando-se de lado os casos mais graves. Esse modelo acompanha o modelo social em que, como no mercado, vence o melhor. (Guerra, 2004, p. 87-88).

A partir de Saraceno, “começa a despontar a desconstrução de uma lógica da reabilitação que subtrai o sujeito em nome de uma lógica produtiva maior que aquele” (Guerra, 2004, p. 88), ficando em destaque a dimensão política e social do processo reabilitador. Posição que é corroborada por Rotelli e Goldberg e que alcança sua maior expressão com Viganò (Guerra, 2004), cuja proposta se vincula

à clínica, enquanto dimensão inarredável de inscrição do sujeito e de possibilidade de implicação nas respostas que constrói. Para ele, que recorre à Psicanálise como modo de compreensão da vida psíquica, a reabilitação não pode renunciar a se interessar pelos sintomas, pois eles são formas do sujeito se implicar e responder ao campo social ao qual está referido (Guerra, 2004, p. 88).

Sintomas são compreendidos aqui não como os determinados e listados pela Psiquiatria e seus manuais¹⁸ para cada “doença” e nem terá a mesma posição que esta com relação à busca por eliminá-los, mas são compreendidos como processos psíquicos e singulares. Trata-se de uma construção psíquica de cada sujeito diante da complexidade de questões às quais faz face, dentre elas sociais, intersubjetivas e psíquicas. “O sintoma, assim como reformulou Freud, não só como sinal de doença, mas como uma formação normal do homem. Freud dizia, uma formação de compromisso.” (Viganò, 2012, p. 129).

Guerra (2004) ressalta que são “estratégias de cura empreendidas pelos sujeitos psicóticos” (p. 88). “Daí a fraqueza dos modelos de reabilitação que tentam tamponar o sintoma negativo¹⁹, em vez de se interessarem pelo positivo, ou seja, pelo estilo [singular] das estratégias adotadas [inconscientemente] pelo próprio sujeito como saídas” (p. 89). Na prática, busca-se com grande intensidade a

¹⁸ Código Internacional de Doenças (CID-10); Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

¹⁹ Os sintomas psicóticos são designados pela medicina / psiquiatria como positivos ou negativos. Esta distinção é especialmente importante para a escolha de medicamentos a serem prescritos ao paciente, visto que alguns medicamentos terão efeitos sobre um ou outro tipo de sintoma. Os principais sintomas positivos são as alucinações e os delírios e, dentre os negativos, estão o embotamento afetivo e a pobreza do discurso. (Silva, 2006).

participação social e autonomia do indivíduo e ignora-se a singularidade que se apresenta em seus delírios e alucinações.

Daí a advertência de Viganò (1999) para não cairmos numa nova cronicidade, pois apesar da desconstrução do hospital psiquiátrico, corre-se o risco de incorrer-se em novas formas de exclusão e segregação, por vezes realizadas a partir da própria rede de assistência à Saúde Mental. A esse risco, ele propõe como estratégia de trabalho a construção do caso clínico. Como se vê, para Viganò não há como dissociar clínica e reabilitação, cada um desses processos estabelecendo uma relação dialética com o outro. (p. 89)

É necessário marcar uma diferença. Neste ponto faz-se referência ao sujeito psicótico segundo a compreensão da Psicanálise e não da Psiquiatria, aqueles que em seus delírios e alucinações apresentam uma construção e uma temática particular, singular. Falar destes sujeitos também não coincide falar das pessoas internadas no hospital psiquiátrico na história manicomial, visto que, grande parte destas, sequer possuíam qualquer diagnóstico: o equivalente a 70% no hospital psiquiátrico de Barbacena (Arbex, 2010), conforme já mencionado.

Estas seriam pessoas que não estavam numa condição de sofrimento psíquico e adoecimento anterior, mas que adoecem e sofrem psiquicamente de forma secundária pela condição de violência e exclusão a que forçadamente foram submetidas, sofrimentos causados por condições políticas e sociais, portanto. Para estas - e para que não ocorram mais situações parecidas - parece ser necessário um foco maior nos aspectos sociais e históricos; para os primeiros, no entanto, tratar somente destes aspectos seria negligenciar uma necessidade de atenção e cuidados clínicos relativos aos processos psíquicos e sintomas como expressão singular. Processos psíquicos e sintomas – na perspectiva da Psicanálise – a que todos, sem exceção, estão sujeitos.

Assim, propõe-se a retomada da proposta de Saraceno (2001) e, portanto, uma reafirmação desta Reabilitação Psicossocial que este autor sustenta, que diz respeito à garantia da liberdade de pensamento e crítica e superação do entretenimento - característica da psiquiatria.

Saraceno (2001) aponta uma perigosa convicção na psiquiatria de compreender-se como um conjunto de técnicas a serem escolhidas do modo mais conveniente, contraditoriamente aos anos de reflexão e de práticas desta disciplina

sobre questões relativas a doença e normalidade, às instituições e controle social e do vínculo histórico entre a psiquiatria e outros saberes, como a política e ciências humanas. Segundo o autor,

(...) é de certa forma natural e provavelmente contribuiu para o surgimento de ulteriores idéias. Entretanto, a afirmação de uma exigência de “método” e de maior profissionalismo levou, na realidade, também à afirmação de uma difusa e equivocada idéia de “cientificidade”. Trata-se de uma idéia muito antiga e difícil de desaparecer, segundo a qual científico é tudo aquilo que se exprime com as categorias do quantitativo, que se refere a modelos claros e distintos, que exclui a subjetividade. (Saraceno, 2001, p. 15)

Para Saraceno (2001), esta psiquiatria se ocupa do “entretenimento” do doente, no sentido de “‘ter dentro’ e também ‘passar prazerosamente o tempo’”. Na espera de que a doença passe sozinha ou que o doente morra doente” (p. 16), através das mais diversas práticas e estratégias - que incluem atividade recreativa, conversas, medicamentos - e nos mais diversos espaços: ambulatorios, hospital-dia, família.

Nessa condição, há pouca crítica e um obscurecimento sobre os reais fatores que promovem uma melhora para o paciente, sendo sua evolução, muitas vezes, produto do mero acaso. Ele aponta que elementos que tangenciam o tratamento, como o contexto e a afetividade são elementos mais decisivos para a melhora do paciente; sendo as estratégias que ele categoriza de “entretenimento”, danosas ou indiferentes para o tratamento em si. Para ele, a cidadania do paciente não é a restituição de seus direitos formais simplesmente, mas “a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível” (p. 18), com a “ruptura do entretenimento”.

Dessa forma, a psiquiatria se promoveu a “científica”, mas, apesar disso, segundo Saraceno (2001), herdou mais de duas décadas de contribuições críticas, heranças históricas - a partir do legado de filósofos, psicanalistas, políticos, poetas, historiadores, sociólogos etc., com o entrecruzamento rico de ideias e contribuições - que foram, no entanto, desconsideradas e ocultadas posteriormente. A partir destas contribuições, uma parte da psiquiatria - possivelmente o que hoje chamamos de Saúde Mental - se modificou, “enquanto pouco ou quase nada se modificou no interior da psiquiatria médica” (Saraceno, 2001, p. 15).

As diferentes linguagens e saberes foram sendo progressivamente silenciados e, sobretudo, as gerações mais jovens não sabem (pois há uma espécie de interdição em sabê-lo) que o patrimônio originário do qual surgiu a história da psiquiatria anti-institucional nasceu dessa multiformidade.

Parece que hoje se olha com suspeita, se a própria bibliografia de referência é e quer ser “mista” e se, ao lado de um estudo epidemiológico de *follow-up*, se quer também fazer referência à Carta aos Diretores de Manicômio de Antonin Artaud. Acaba-se por experimentar aquele olhar suspeito que parece querer dizer: “deves escolher de que lado estás”.

Este livro nasce também para contrastar os olhares suspeitos que apelam à unicidade e exclusividade das culturas de referência; nasce da vontade de raciocinar com mais liberdade e menos espírito de escuderia (ou de igreja, o que vem a ser a mesma coisa).

Eu gostaria que os jovens psiquiatras [ou os jovens da Saúde Mental, ousou incluir] aprendessem a atravessar esta complexidade de contribuições. (Saraceno, 2001, p. 15)

Tem-se aqui então a proposta não de uma ou outra contribuição, mas a afirmação da proposta de Reabilitação Psicossocial e mais alguma(s) coisa(s), evitando-se o entretenimento e a exclusão de diferentes perspectivas, buscando-se assim contribuições que possam dar lugar à subjetividade e afeto, aspectos tão caros a Saraceno (2001), não ao acaso, mas com cuidado e sentido, afinal precisamos saber o que estamos fazendo.

3.2.1 A Clínica Ampliada

Outra grande referência para a saúde mental e saúde coletiva de um modo geral é a Clínica Ampliada. O Ministério da Saúde aponta a existência de três grandes enfoques das correntes teóricas em saúde - o biomédico, o social e o psicológico - e indica que nelas há uma tendência em supervalorizar um único aspecto - alguns tipos específicos de problemas e conjunto de soluções - em detrimento de outros, numa perspectiva excludente, na qual uma ou outra perspectiva são deixadas de lado, permanecendo relegadas. (Brasil, 2009)

Diante dessa condição e na busca por superá-la, a Clínica Ampliada surge como estratégia de política pública do Ministério da Saúde, estando relacionada à Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS - constituindo-se

como diretriz para todas as áreas de ação no contexto de saúde pública e coletiva, portanto.

Trata-se de um instrumento que visa favorecer a articulação e a inclusão de diversos enfoques e disciplinas, compreendendo-se que a predominância de um aspecto ou outro numa dada situação é orgânica, variável e modificável, necessitando de uma articulação entre estes vários saberes em vários momentos diferentes de olhar, cuidado, análise e elaboração de estratégias sobre um determinado problema ou situação de saúde. Dessa forma, implica uma condição necessária de não exclusão de um ou outro enfoque e as possibilidades de ação, estratégias e intervenções que este possibilita. (Brasil, 2009)

Outro aspecto muito caro à Clínica Ampliada é a construção de um projeto terapêutico singular pelas equipes de referência, que implica, nessa perspectiva, a articulação de saberes e força de ação para estabelecimento de estratégias em rede, descentrando de um único agente a perspectiva de cuidado em saúde, dada a complexidade das circunstâncias e processos de saúde e doença. (Brasil, 2009)

A Clínica Ampliada coloca em discussão o conceito de Clínica propriamente, como algo não coincidente com a prática médica e a prática “hermeticamente fechada em quatro paredes” - quer ocorra em contexto privado ou mesmo no contexto público, fácil e equivocadamente denominada, de modo simplista, de “ambulatório²⁰”. A Clínica Ampliada está relacionada à compreensão de que as pessoas não se constituem como portadores de doenças ou transtornos, mas de poder considerar em suas práticas a inevitável complexidade dos sujeitos e os limites da clínica centrada na doença, sendo necessária a consideração do que cada sujeito tem de particular e singular.

²⁰ A denominação “ambulatório” na saúde mental atingiu também certo grau de preconceito e estigma, sendo compreendida frequentemente como uma estratégia necessariamente manicomial, numa perspectiva que entende ambulatorial como coincidente à “prática médica à quatro paredes”: prática individualizada, descontextualizada, que compreende o processo de adoecimento de maneira simplista, sem considerar os determinantes do processo de saúde e doença e que tem uma prática centrada na doença e não no sujeito e o contexto em que vive. Compreende-se, no entanto, que ambulatório não coincide com esta prática necessariamente, podendo ter contextos ambulatoriais que construam uma prática coerente com princípios antimanicomiais e tenham uma perspectiva vinculada à clínica ampliada.

Alguns fundamentos que devem ser considerados na prática são de especial importância para a Clínica Ampliada, são eles: a escuta, o estabelecimento de uma relação ou vínculo que possibilite o cuidado, afeto, sustentação de diálogo e processos de informação, corresponsabilização, inclusive com o próprio usuário, pelo cuidado, consideração de que a vida é mais do que os processos de adoecimento. (Brasil, 2004c; Brasil, 2009).

Neste sentido, a Clínica Ampliada se aproxima da prática psicanalítica. De acordo com Duarte (2012), a psicanálise pode ser um dos enfoques a ser considerado na Clínica Ampliada, podendo favorecer a articulação do contexto clínico com o contexto social sem que haja "detrimento de visões importantes na clínica, na práxis e na política" (p. 12), conforme preconiza a Clínica Ampliada. Giovanetti, R. M. (2016), corrobora esta ideia, apontando que a conjunção da perspectiva da psicanálise e da clínica ampliada tem favorecido nos processos de cuidado em CAPS a possibilidade de acessos aos sujeitos e o alcance de avanços terapêuticos.

Ao tratar do tema, Campos, G. W. S. (2003) atribui à clínica ampliada uma condição de reforma da clínica moderna, que ele chama de Clínica do Sujeito, saindo do foco da doença - conforme Basaglia que propõe colocar a doença entre parênteses - em direção ao sujeito: sujeito concreto com biografia e corpo singulares.

Para o autor, a Clínica é uma instituição, espaço de investimentos de afetos, produção de valores de uso e disputa de poder. Ele ressalta que sua discussão é necessária, pois já não se trata mais da clínica praticada em manicômios, mas da clínica em geral e porque "os movimentos que operaram sob inspiração basagliana cuidaram muito mais do protagonismo político do que esclareceram sobre a nova instituição que estavam reinventando." (Campos, G. W. S., 2003, p. 54). Dessa forma, não seria nem a proposta que coloca o sujeito entre parênteses e nem seu inverso, que coloca "a doença entre parênteses como se não existisse, quando, na verdade, ela está lá, no corpo, todo o tempo, fazendo barulho, desmanchando o *silêncio dos órgãos*." (p. 55)

Podendo olhar para o sujeito concreto e seu contexto, propõe então voltar o olhar para a doença também. "Senão, qual especificidade teriam os serviços

ou os profissionais de saúde?” (Campos, G. W. S., 2003, p. 55). Propõe não a troca da doença pelo sujeito, mas a ampliação da clínica, incluindo o sujeito e seu contexto, incluindo questões sociais.

Contudo, o sujeito que Campos, G. W. S. (2003) aponta é o sujeito concreto, sujeito de um corpo e o sujeito de direitos - tão convocado na saúde mental -, mas deixa escapar o campo do psiquismo. Dessa forma, quando fala da singularidade a localiza a partir das relações concretas da vida do sujeito, que sugere quase uma análise combinatória de fatos e histórias de vida, do contexto social e do adoecimento do corpo e desconsidera a dimensão psíquica ou a hipótese do inconsciente.

A Clínica do Sujeito ou a Clínica Ampliada não abrange, assim, o sujeito do inconsciente ou os efeitos inconscientes que aparecem na instituição, equipes, grupos e na relação saúde-doença-cuidado.

3.2.2 A Clínica Psicanalítica ou o sentido da Psicanálise no campo da Saúde Mental

Vasconcelos (2009), uma das lideranças da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial no Brasil, ao escrever sobre as abordagens psicossociais, apresenta as principais matrizes históricas de ideias e práticas em saúde pública e saúde mental a partir da modernidade. Ele aponta que os fenômenos mentais que até então eram temáticas próprias da filosofia e metafísica racionalista e empirista ascenderam a uma pretensão científica a partir da Revolução Francesa, com o alienismo e o surgimento da psiquiatria moral como especialidade da medicina e a oscilação entre dois modelos de doença mental: um organicista e outro vinculado a uma nosografia moral e social dos sintomas, que indicaria um ambiente social patogênico.

Com Bénédict-Augustin Morel a preocupação etiológica se intensifica e garante uma herança que marca a psiquiatria desde então, se ocupando em combater as causas das doenças e seus efeitos. Esse processo

segue com Francis Galton, que após a publicação de *A Origem das Espécies* de Charles Darwin, defende a determinação hereditária das características mentais e processos degenerativos e a proposição de aperfeiçoamento da espécie na evolução humana, dando origem ou sustentando movimentos sociais ligados à ideia de eugenia - como o Movimento de Higiene Mental nos Estados Unidos, Movimento de eugenia nazista e na psiquiatria soviética stalinista. (Vasconcelos, 2009).

A medicina atual científica surge após a descoberta de microorganismos de Pasteur, que se sobrepõe paulatinamente a ideia de determinação social da doença do século XIX, ganhando ênfase os laboratórios e hospitais e gerando uma medicina com características de mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização como consequência do mecanicismo, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase da medicina curativa e concentração de recursos em hospitais e centros de diagnósticos e tratamento. (Vasconcelos, 2009).

A psiquiatria ao se engajar nos objetivos da ciência moderna, segundo Bezerra (2013) retira totalmente o sujeito e a escuta da sua prática clínica, privilegiando o olhar como ato legitimamente científico - aspecto que tem relação íntima segundo a autora com o desenvolvimento e investimento nos medicamentos como uma lógica prioritária de cuidado, que acabou por finalmente eliminar a dimensão do sujeito. A Psicanálise vai num sentido outro, não centrado no saber do médico ou analista que teria algo a oferecer e dizer ao seu paciente como estratégia de cura, mas tendo como centro o sujeito e a escuta.

A história da Psicanálise se inicia no final do século XIX com os trabalhos de Freud com a histeria. Inicialmente tendo como estratégia a hipnose, Freud paulatinamente vai compreendendo cada vez mais a importância da palavra, dando lugar para que as histéricas pudessem falar. (Freud, 1996b). Sai de cena o todo-saber do médico para dar lugar ao sujeito, que tem algo a dizer - quando há alguém para escutar.

A Psicanálise introduz o ponto de que há outras questões subjacentes à clínica médica tradicional, que não se reduzem à objetividade e racionalidade científicas. Bezerra (2013) cita Lacan:

Quando o doente é encaminhado ao médico, ou quando ele o aborda, não diga que pura e simplesmente ele espera do médico a cura. Ele desafia o médico a tirá-lo da sua condição de doente, coisa bem diferente, pois isso pode implicar que ele está atraído pela ideia de conservá-la. Às vezes ele nos procura para pedir sua autenticação de doente, em muitos casos ele vem, de modo manifesto pedir que o preserve em sua doença, tratando-a para ele da maneira mais conveniente, que lhe permita ser um doente bem instalado em sua doença (Lacan apud Bezerra, 2013, p. 33).

Dessa forma, a Psicanálise vai se ocupar das questões subjacentes, dando lugar ao inconsciente como aspecto fundamental da vida do sujeito, saindo da racionalidade científica e positivista. A associação livre ganha destaque, sendo o método que permitirá o acesso ao inconsciente, postulação de Freud, fundamental à Psicanálise, de que o sujeito não se encerra na consciência e uma das grandes feridas narcísicas para o homem - para quem algo de si lhe escapa, conforme nos lembra Kaës (2002).

Segundo Vasconcelos (2009), no início do século XX, a criação da psicanálise e da psicologia analítica por Freud e Jung respectivamente "geraram uma outra matriz de conhecimento e prática psiquiátrica e psicológica, com características até então originais" (p. 43). Segundo ele, "as rupturas geradas por essas duas tradições são inúmeras" (p. 43): a importância da origem psicogênica de grande parte dos transtornos mentais - incluindo a história de vida, ambiente familiar e traços culturais; a relativização das fronteiras entre normalidade e loucura - sendo que o estudo dos quadros patológicos um caminho para investigação e conhecimento dos processos psíquicos ditos "normais"; surgimento de um novo modelo interpretativo de conhecimento - com possibilidade para decifrar a linguagem própria do inconsciente e suas manifestações, tais como nos sonhos, sintomas, atos falhos e transferência; "desenvolvimento de um novo método terapêutico individualizado, centrado na palavra" (p. 43), na relação transferencial entre analista e paciente e na interpretação das manifestações do inconsciente, tendo como característica um lugar para a singularidade psicológica de cada pessoa; uma modalidade nova de transmissão do saber - em instituições próprias e com método específico que inclui a análise didática com a elaboração das questões particulares do profissional e supervisão.

Vasconcelos (2009) ressalta a importância dessas duas teorias como contraponto ao modelo alienista e de medicina científica, a partir de um novo

paradigma de compreensão do aparelho psíquico, em especial da dinâmica inconsciente. A psiquiatria a partir de então “buscou neutralizar ou se apropriar das inovações de Freud e Jung, integrando-as de forma mais pragmática aos demais elementos da prática psiquiátrica convencional (...) aumentando o capital simbólico da profissão” (p. 44) em diversos modelos diferenciados.

O autor afirma que, nos Estados Unidos, a psicanálise sofreu influência do Movimento de Higiene Mental e da cultura hegemônica daquele país com características de utilitarismo, pragmatismo e empirismo, dando origem a uma psicanálise mais adaptativa, como na psicologia do ego. Na Europa, num contexto cultural distinto, em especial na França e com os trabalhos de Lacan, culminou num sentido inverso ao de ajustamento social, tendo como ênfase a pulsão e a relevância da singularidade de cada indivíduo.

Segundo ele, durante o século XX várias dissidências destas duas teorias foram surgindo e se diversificando, mas mantiveram as características principais do seu modelo clínico, centrado no atendimento individual, sendo prática privada, voltada especialmente à classe média e elite que poderiam arcar com estes serviços. Contudo, a partir da crescente utilização de estratégias grupais em diversos dispositivos terapêuticos, gradativamente evidenciou-se uma profunda mudança nos objetivos, clientela-alvo, dinâmica de atendimento dos dispositivos clínicos cuja matriz foi a prática psicanalítica estabelecida por Freud no início do século XX. Estas mudanças abriram possibilidades para as abordagens de atenção psicossocial e culminaram em diversas modalidades de intervenções com grupos e em instituições.

Muitos psicanalistas participantes do movimento da reforma psiquiátrica e atuantes nos serviços substitutivos de saúde mental não abandonaram sua formação, mas buscaram experimentar nos serviços voltados para a atenção psicossocial. Eles “ultrapassaram radicalmente o chamado *setting* convencional da clínica psicanalítica do consultório, e buscando novas formas de apropriação da teoria da psicanálise para pensar essas práticas inovadoras” (Vasconcelos, 2009, p. 84).

Os trabalhos de Figueiredo (1997) comprovam a possibilidade da clínica psicanalítica na saúde pública. Já Broide e Broide (2016) sustentam “uma

clínica rigorosa no atendimento psicanalítico" (p. 9) nos mais diversos contextos - como a rua - e instituições: "Entende-se por dispositivo clínico psicanalítico a operação que permite a circulação da palavra e os processos de singularização dos sujeitos. Atender onde a vida está, onde a vida pulsa, tal é a ética que perpassa e conforma o nosso trabalho" (p. 9-10).

Histórias como a do Sr. José [relatada no livro] nos possibilitam dar um passo a mais e incluir a dimensão cindida do sujeito nas análises em questão, ou seja, pensar em cada caso, em cada sujeito vivo no processo de implantação do SUS, ou de qualquer política pública, sem o descaso pelo coletivo. É na tessitura social que ocorre a emergência do sujeito do inconsciente e não fora dela. É no processo histórico que o sujeito se constitui e é constituído. (Broide, 2016, p. 144)

Já em Freud se apresenta a indissociabilidade entre o indivíduo e o social, que ele entende como vinculados a uma mesma psicologia (Freud, 2011). Disso, compreende-se que a condição de individualização do sujeito não é intrínseca à teoria psicanalítica, mas como algo consonante a uma prática privada liberal que se fortaleceu dado também o contexto sócio-histórico-político-econômico em que estava inserida, com as características da sociedade contemporânea pós-moderna.

Kaës (2015) sugere que há no campo da psicanálise uma condição de culpa pela retirada desta da situação tradicional de consultório e extensão da psicanálise a outros contextos. Ele propõe a extensão da psicanálise e uma metapsicologia própria, garantindo um lugar para esta área nos outros contextos para além do consultório. Com um método e particularidades próprias de sua extensão, que não se faz com a simples transposição de uma localidade de atuação para outra, garante um lugar para a dimensão institucional e a articulação com contextos sócio-históricos. Tais aspectos a caracterizam como coerente com o princípio estabelecido por Vasconcelos (2009), conforme já mencionado, para as abordagens psicossociais, que se refere à importância de assegurar a atenção e o espaço para a dimensão psíquica, sem, contudo, automatizar e individualizar tal prática, buscando-se considerar o contexto social no qual tais aspectos estão inseridos e não constituindo uma prática fragmentada e descontextualizada.

O trabalho de Figueiredo (1997) é um exemplo deste modo de atuação e a autora se propõe a pensar a psicanálise no contexto da saúde pública não como uma mera transposição do consultório para o ambiente público, mas

permitindo-se pensar e colocar em questão os elementos fundamentais da psicanálise nestes outros contextos. A psicanálise na saúde pública ganha outros contornos e está vinculada e submetida aos princípios do SUS (Cinalli, 2013), buscando uma prática coerente com seus princípios e diretrizes norteadoras de integralidade, universalidade, controle social, entre outros - em consonância com os princípios apontados por Vasconcelos (2009) para a atenção psicossocial.

Broide (2016) esclarece:

Entendemos, também com Deleuze (1996), que cada dispositivo diferente capta uma subjetividade distinta. O material inconsciente que surge no atendimento individual em nosso consultório particular não é exatamente igual àquele que emerge em um grupo, em determinada instituição pública, privada ou na rua. O que afirmamos, no entanto, é que em todas essas situações há um sujeito do inconsciente que fala e quer falar e que se apresenta à nossa escuta através da transferência. Portanto, para cada situação temos um determinado dispositivo, e cada dispositivo traz emergentes e significantes específicos. Nós, psicanalistas, somos especialistas no dispositivo construído por Freud, que é o consultório, mas aqui pensamos que não é isso que caracteriza intrinsecamente a psicanálise. O que a caracteriza, a nosso ver, é uma determinada escuta do inconsciente que se dá na transferência, em um determinado dispositivo, na busca do espaço vazio de que nos diz Badiou, e que permite o surgimento do sujeito do desejo.” (p. 43)

Vasconcelos (2009) esquematiza as principais contribuições, inovações e práticas desse movimento da psicanálise no campo da reforma psiquiátrica:

a) atuação nos serviços de atenção psicossocial, com a superação do *setting* do modelo clínico tradicional, individual e de prática privada para atuação com outros trabalhadores de saúde mental em dispositivos coletivos, tais como oficinas terapêuticas e estratégias de grupos;

b) “A concepção da condição psicótica como envolvendo mais uma condição de existência do que uma doença, e que atinge a totalidade da experiência subjetiva e pragmática da vida do sujeito” (p. 85), garantindo uma compreensão que não vai no sentido de uma cura, de tornar o psicótico um neurótico ou restituí-lo à razão perdida, nem em ajustá-lo ao padrão e normas vigentes, mas poder favorecer suas próprias escolhas e autonomia, para que

estes dois aspectos possam ocorrer de maneira muito singular para cada um, de forma que só o usuário pode de fato dizê-las ou estabelecê-las;

c) *“Essa concepção aponta para projetos terapêuticos singulares abertos a constante revisão, atentos para as singularidades e a imprevisibilidade permanente da condição psicótica”* (p. 85), garantindo uma perspectiva muito própria da psicanálise de que um delineamento claro do projeto terapêutico e de orientação do tratamento se constitui a longo prazo e *a posteriori*;

d) tendo como inspiração também a psicoterapia institucional, *“a atenção psicossocial visa a criação de vínculos e campos transferenciais multifocais”* (p. 85) com profissionais, trabalhadores, usuários, instituição e diversas atividades. *“Todos estes elementos e pessoas têm um ‘coeficiente terapêutico’, e visam acolher e ofertar um ‘lugar’, ou seja, vínculos que ancorem a experiência de ‘deriva’, fragmentação psíquica e perda da unidade pessoal na vivência psicótica”* (p. 86);

e) uma vez que a condição psicótica diz respeito à totalidade da vida do sujeito e a atenção psicossocial tem como objetivo ofertar terapêuticas que se referem a várias dimensões da vida dos usuários, *“a chamada ‘clínica ampliada’ claramente abre seu campo de pertinência, abrangendo o manejo daquilo que no modelo clínica tradicional é visto como o ‘extraclínico’, exigindo a interação com outros saberes e o assumir de outras práticas e preocupações”* (p. 86).

f) ao considerar os cinco elementos anteriores listados, claramente a clínica tradicional foi ultrapassada e ampliada, contudo, Vasconcelos (2009) sustenta que *“há alguns elementos que são inteiramente conservados e que justificam a manutenção do termo ‘clínica’: a teoria da vivência psicótica, já descrita, a concepção de sujeito e a perspectiva ética”* (p. 86). E continua:

Pela concepção de sujeito cindido e atravessado por conflitos permanentes, não se entende o retorno ao sujeito preexistente, nem o resultado de um processo cumulativo em que se conquista tal ou qual requisito, mas alguém que tem não só uma produção delirante - que constitui na verdade uma tentativa de reconstrução -, mas que obviamente não se resume apenas a isso, pois é também aberto para novos fazeres, para uma obra e uma criação próprias, e que é o verdadeiro autor que indica o caminho de suas soluções de vida e de seus modos de subjetivação singulares, reconstruindo o mundo próprio de modo a melhor viver nele. A perspectiva ética está em que o caminho da “cura” não está na correção da loucura pela razão ou pela realidade, como queria Pinel ou como se exprime as

exigências mais imediatas da realidade social e humana do usuário e dos serviços. O caminho deve ser buscado, e aí está o desafio ético de que a atenção psicossocial crie as possibilidades para isso, de permitir a expressão e positividade da própria produção e condição psicótica, como parte de sua totalidade e de suas pistas singulares de sentido, pois é nesse movimento que também se expressam as suas várias possibilidades de ser sujeito. (Vasconcelos, 2009, p. 86);

g) tais aspectos conservados da clínica e das concepções psicanalíticas possuem implicações sociais e políticas, que incluem a necessidade - e desafio - de repensar a condição de cidadania do louco, uma vez que não se trata mais, portanto, da restituição da igualdade e liberdade do cidadão individualizado orientada por uma ideia cartesiana de racionalidade cognitiva e vinculada à consciência somente. Trata-se, assim, mais do que tudo, da construção de uma sociedade que tenha espaço para as diferenças e singularidades, ampliando a capacidade de todos os seus cidadãos para ações mais livres e participativas, “recolocando a própria ideia de democracia e cidadania como reinvenção permanente, em uma vida social em que o peso normativo da razão cognitiva implique o reconhecimento da linguagem própria do inconsciente e da condição psicótica” (p. 87).

Dessa forma, Vasconcelos (2009) reafirma que “as reservas críticas do campo sócio-histórico à psicanálise convencional (...) podem ser relativizadas, dado que se abriu outro patamar de diálogo teórico, de praxis e de contribuições recíprocas entre os dois campos” (p. 87), visto que os limites mais estritos aos quais eram identificados a prática clínica foram ultrapassados.

Contudo, o que se observa é ainda preconceito por parte da área de saúde mental em relação à psicanálise, possivelmente desconhecendo sua contribuição no processo de movimento da luta antimanicomial e para o desenvolvimento de outras possibilidades de atenção e cuidado na área.

Para Veras (2014) é um desafio para o psicanalista o “vasto campo da Saúde Mental, em que muitos ainda veem a psicanálise como intrusa e inoportuna” (p. 7). Tamanho é o estigma em que caiu a psicanálise na área de Saúde Mental que no I Congresso Brasileiro de CAPSi, realizado em 2013 no Rio de Janeiro, um palestrante renomado e conhecido supervisor clínico-institucional de CAPS teve de justificar o uso da psicanálise em seu discurso nas plenárias do

evento, diante da consideração de alguns participantes de que a psicanálise não teria pertinência em CAPS.

Não cabe aqui um diagnóstico minucioso do porquê isso se deu no percurso histórico da Saúde Mental, talvez tenha relação com as críticas que a Psicanálise recebeu ao longo de sua história²¹ e à identificação da psicanálise como restrita ao contexto de consultório, como prática elitizada e limitada, aspectos que foram superados, conforme Vasconcelos (2009) no contexto de trabalho de psicanalistas em instituições, como a saúde mental pública, conforme já apontado. Contudo, o fato é que, sendo o discurso da Saúde Mental o da inclusão e da garantia de direitos e liberdade, é bastante sintomático tornar-se ela própria produtora de estigma e exclusão, qualquer que seja, tal como ocorre muitas vezes com relação à Psicanálise e à perspectiva da clínica. Desta forma, culmina numa prática mais ou menos coerente com os demais aspectos da atenção psicossocial, mas não com o princípio de consideração da dimensão psíquica e articulação desta com os contextos mais amplos de vida, desconsiderando, portanto, a complexidade necessária a um campo tal qual a saúde mental.

A partir da hipótese discutida neste trabalho de que há uma negação da clínica e dos aspectos psíquicos na área de saúde mental, considera-se que a psicanálise possa ser um contraponto e uma alternativa para se somar aos demais aspectos da atenção psicossocial.

Para Vasconcelos (2009), o campo das abordagens psicossociais é fundamentalmente "plural, multidimensional e complexo" (p.148) e, portanto, nenhuma teoria a priori será auto-suficiente para produzir uma totalidade consistente sobre um foco ou esgotar uma dada realidade. Dessa forma, sustenta-se a complexidade, tendo nas abordagens psicossociais - na atenção e reabilitação psicossocial - um campo que sustente práticas alternativas e garanta modos de

²¹ É possível haver alguma relação com trabalhos que partiam da Psicanálise e a criticavam, tal como as críticas de Foucault; Deleuze e Guattari, que ganharam grande espaço no campo da Saúde Mental. Contudo, cabe dizer que para formulação de tais críticas, seus autores partiram certamente de leituras do texto original, o que garante um espaço de respeito e consideração pelo texto, portanto. Não há problema nas críticas, mas é importante que elas sejam fundamentadas, baseadas em leituras dos textos e não se baseie no rechaço a priori, em pré-conceitos, impedindo a possibilidade de acessar e conhecer um determinado material. Tal como dizia Saraceno (2001) sobre ter que escolher um lado, sob o risco de ser foco de olhares suspeitos. Cabe a questão se todos que partem destas críticas se deram ao trabalho de realmente conhecer a fonte original e se dar ao esforço de um trabalho de pensamento e de reflexão para a formulação de uma ideia própria a respeito e compreendendo os elementos considerados pela crítica em questão.

intervenção coerentes com a Reforma Psiquiátrica. Da mesma forma, a Psicanálise como uma teoria e uma clínica que forneça possibilidades de escuta e manejo clínico, garantindo uma atenção que considere os aspectos psíquicos e a dimensão clínico-institucional, favorecendo também práticas coerentes e garantindo a complexidade do campo da saúde mental.

3.2.3 A Dimensão Institucional

Sendo a Saúde Mental uma instituição e um objeto deste trabalho, busca-se sustentar a possibilidade de pensar a instituição a partir do campo da Psicanálise. Tal aspecto é relevante pela aposta de que as instituições da Saúde Mental sofrem efeitos de aspectos institucionais para os quais devemos estar atentos.

Outras dimensões de cuidado apontadas até aqui, tal como a Reabilitação Psicossocial e a Clínica Ampliada não apresentam recursos para identificação e compreensão de aspectos institucionais que se fazem presentes no cotidiano de trabalho na Saúde Mental, dada sua condição de instituição de inscrição.

De acordo com Kaës (2002), contudo, pensar a instituição não é uma tarefa fácil. O autor afirma que uma das dificuldades em situar a instituição como objeto de pensamento tem relação com os aspectos psíquicos mobilizados na relação com ela. Ele aponta três grandes dificuldades na condução desta tarefa. A primeira diz respeito aos fundamentos narcísicos em nossa posição de sujeitos comprometidos com a instituição a partir da mobilização decorrente das relações de objetos parciais e persecutórios, das identificações imaginárias e simbólicas que constituem a cadeia institucional e a trama de pertencimento e da condição de violência relativa ao antepassado fundador: *“nos vemos apresados en el lenguaje de la tribu y sufrimos por no haver reconocer en él la singularidad de nuestra palabra”* (p. 15).

Segundo o autor, a instituição sustenta a designação do impossível: a interdição da posse da instituição-mãe, a interdição do retorno à origem e a fusão imediata e passamos a ser seres falantes e desejantes por conta desta dimensão da instituição. As dificuldades que afetam a relação com a instituição travam o pensamento daquilo que ela institui e aquilo que sobra em sofrimento e deve-se à repressão, à denegação ou renegação, permanecerá impensado.

O segundo conjunto de dificuldades, diferentemente, não se trata de resistências contra conteúdos do pensamento, mas se refere a uma condição de irrepresentação, aquém do recalque, ou seja de inscrições psíquicas que não foram simbolizadas. *“No podemos pensar la institución, en su dimensión de transfondo de nuestra subjetividad, si no es in el tiempo inmediatamente siguiente a una ruptura catastrófica del marco inmóvil y mudo que ella constituye para la vida y los procesos psíquicos”* (p. 16). Mas para que possa advir o pensamento faz-se necessário um enquadre e dispositivo adequados.

O que fica em questão é a função de metaenquadre que desempenham a sociedade e a cultura, mas também certas configurações do vínculo apropriadas para um trabalho psíquico. Neste ponto, não há mais só a dificuldade de pensar aquilo relativo às questões narcísicas esboçadas antes, uma vez que:

La institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos; pero, con este pensamiento que socava la ilusión centrista de nuestro narcisismo secundario, descubrimos también que la institución nos estructura y que trabajamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad.

Más radicalmente, nos vemos enfrentados al pensamiento de que una parte de nuestro sí-mismo está “fuera de sí”, y que precisamente eso que está “fuera de sí” es lo más primitivo, lo más indiferenciado, el pedestal de nuestro ser, es decir, tanto aquello que, literalmente, nos expone a la locura y a la desposesión, a la alienación, como lo que fomenta nuestra actividad creadora. (...) esta externalización de un espacio interno es la relación más anónima, violenta y poderosa que mantenemos con las instituciones. Es constituyente de los espacios psíquicos comunes que son coextensivos a los agrupamientos de diversos tipos. (Kaës, 2002, p. 16)

Segundo Kaës (2002), um dos componentes do inconsciente corresponde provavelmente ao correlato interno deste externalizado comum indiferenciado, que, por conseguinte, teria de ser considerado como um pano de

fundo irredutível sobre o qual se organiza a vida psíquica. O processo de reintegração dessa parte irrepresentável à rede de sentido do mito relativo à origem, ao fundador e ao antepassado e de defesa conta a “unidade” institucional necessária e inconcebível, acarreta nas instituições a necessidade de trabalho psíquico incessante, sob pena de aparecimento de sintomas, caso este trabalho não possa ser realizado.

Um terceiro conjunto de dificuldades relaciona-se à instituição como sistema de vinculação na qual o sujeito é parte interveniente e constituinte. Desta forma, para pensar a instituição é necessário o abandono da ilusão de centramento no sujeito, a possibilidade de aceitar que *“Una parte de nosotros no nos pertenece em propiedad, por más que “donde la institución estaba, puede advenir Yo”, em los límites de nuestro apuntalamiento necesario sobre aquello que, a partir de ella, nos constituye.”* (p. 17). Trata-se de uma dificuldade mais complexa do que os pares bipolares – *“Interno-externo, continente-contenido, determinante-determinado, parte-conjunto.”* (p. 17) – de uma montagem em redes, composta de muitas instituições ou grupos, tal como aquilo que se apresenta como continente ao sujeito (o grupo) é, por sua vez, conteúdo de um metacontinente: a instituição. Desta forma, há de se lidar

Com una organización del discurso que se determina en redes de sentido interferentes, cada una de las cuales organiza a su próprio modo las insistencias del deseo y las ocultaciones de su manifestación. Debido a estas dificultades y los riesgos que las sostienen, en las instituciones se cumple un esfuerzo constante para construir una representación de las instituciones. Pero la mayoría de las representaciones sociales de la institución - míticas, científicas o militantes - hace la economía del pensamiento de la relación del sujeto con la institución. Su papel consiste en curar la herida narcisista, eludir la angustia del caos, justificar y mantener las costas de identificación, sostener la función de los ideales y de los ídolos. (Kaës, 2002, p. 17-18)

Tal trabalho coletivo de pensamento é uma das funções fundamentais das instituições que busca proporcionar representações comuns e matrizes identificatórias, garantindo um estatuto às relações da parte e do conjunto, vinculando o não integrado. Ao considerar a Saúde Mental enquanto instituição, ela própria está sujeita a tais aspectos, estando sujeita também às dificuldades de ser objeto de pensamento, conforme aponta Kaës (2002) e aos efeitos que esse não-pensar pode acarretar.

Quando as instituições não mais cumprem sua função de continuidade e regulação, Kaës (2002) aponta que entramos na crise da modernidade. *“Entonces las cosas dejan de funcionar por sí misma: el transfondo imperceptible de nuestra vida psíquica, administrado hasta entonces por los garantes metafísicos, sociales y culturales de la continuidad y del sentido irrumpen violentamente en la escena psíquica y en la escena social.”* (p. 18)

Da ideia terrível – ou até suicida, sugere Kaës (2002) – de que o homem não é o centro do mundo, mas atravessado e submetido a forças maiores: a economia, a linguagem, o inconsciente, a instituição, é que surgem as ciências humanas, colocando em questão, na modernidade, ideias tais como Deus, o homem, as civilizações, denunciando os acordos tácitos que fundam *“la continuidad de las instituciones y la matriz del sentido. Pero, lo mismo que las civilizaciones que ellas sostienen, las instituciones no son inmortales. El orden que imponen no es inmutable, los valores que proclaman son contradictorios y niegan lo que las funda.”* (p. 18-19)

Esta descoberta apresenta riscos e vivenciamos seus efeitos no fracasso das funções metapsíquicas das instituições, acarretando caos aos sujeitos violentados pelo seu descumprimento. Aquilo que era mudo, conforme já indicado por Bleger (1988) por estar depositado na instituição, progressivamente aparece à consciência como algo alheio e traumático, cuja violência faz paralisar a capacidade de pensamento ao mesmo tempo que novas estruturas institucionais são demandadas. Há, portanto, uma necessidade incessante de se pensar a instituição uma vez que ela não se impõe mais contra a irrupção do impensado e do caos.

En este marasmo donde emergen islotes de creación, a veces sostenidos por lo imaginario utópico y otras remachados fuera de la historia por la función del ideal, hacemos la experiencia de la locura común, de nuestra parte loca oculta en los pliegues de la institución: masividad de los efectos, machaqueo obnubilante y repetitivo de las ideas fijas, parálisis de la capacidad de pensamiento, odios incontenibles, ataque paradójico contra la innovación en los momentos de innovación, confusión inextricable de los niveles y los órdenes, sincretismo y ataques agrupados contra el proceso de vinculación y de diferenciación, acting y somatización violentas. Larga sería a lista de las emergencias disociadoras que el desconcierto institucional provoca; estos sufrimientos y esta patología son uno de los pasajes hacia el conocimiento moderno de la dimensión psíquica de la institución. Nos ponen de entrada frente a la angustia que suscita el acrecentamiento de energía desligada que la desagregación de la institución pone en movimiento, quaerens quem devoret, lo cual revela su función de vinculación. No podemos pensar este nivel de la función psíquica de la institución fuera de la experiencia perturbadora de su fracaso. Tal es el precio, muy cruel, de este

conocimiento. La prima de reconocimiento está dada en el placer de la invención de nuevos espacios de vinculación, en la emergencia de nuevas formas de vínculos y de pensamiento, en el uso de nuevos depósitos y por la reconstitución de transfondos psíquicos. (Kaës, 2002, p.19-20)

Kaës (2002) aponta que a instituição nos coloca frente a uma quarta ferida narcísica – após as impostas por Copérnico, Darwin e Freud que tiraram a centralidade do homem no espaço, na espécie e na concepção de si mesmo, respectivamente –, sendo necessário admitir que a vida psíquica não está centrada num inconsciente pessoal, mas parte da vida psíquica – que afeta sua identidade – não pertence ao sujeito, mas estão referidas às instituições que o confere suporte e que sustentam esse ancoramento. No entanto, não é somente ferida narcísica, mas também oferece aos sujeitos benefícios narcísicos extraídos das instituições a um custo variável.

Para a constituição de uma teoria e prática psicanalítica da instituição, Kaës (2002) indica as condições para tornar a instituição objeto teórico da psicanálise: considera que este objeto deve ter as características necessárias a um objeto analisável portanto e deve-se constituir um dispositivo adequado para desvelar os efeitos do inconsciente sobre este objeto e ser capaz de produzir efeitos de análise.

O autor ressalta que na modernidade, as instituições assistenciais cumprem funções complexas e mistas, mas diferentemente das instituições caritativas religiosas que tinham a religião como elemento integrador, as instituições modernas não possuem esse elemento que sustenta o “*El consenso de la representación mítica compartida, la función indiscutible del ideal, el proceso implícito de regulación social.*” (p. 23): tripé fundamental que assegura a subsistência e permanência da instituição e constitui para seus membros a fundação sobre a qual se inscrevem os movimentos da sua história e sua vida psíquica.

Kaës (2002) indica duas distinções importantes com relação às instituições e, considera a primeira a partir da oposição e articulação entre instituído e instituinte oposição que na condição de uma análise aparece como elemento importante que diz respeito a como a instituição dá a saber o simbólico. “Lo imaginario es la capacidad original de producción y de movilización de los símbolos que, en el orden social, están ligados a la historia y evolucionan. Lo imaginario, en

este sentido, es la atribución de significaciones nuevas a símbolos ya existentes.” (Kaës, 2002, p. 23)

O imaginário individual é pré-existente e atua como organizador, ainda que de modo primitivo, da pulsão. O imaginário social está nos primórdios da instituição e na base da alienação: *“La alienación es el momento em que lo instituido domina a lo instituyente: (...) es la autonomización y la dominancia del momento imaginario en la institución, que produce la autonomización y la dominancia de la institución respecto de la sociedad.”* (Kaës, 2002, p. 24).

Tal autonomização indica que a sociedade estabelece uma relação de modo imaginário com a instituição, ou seja, a sociedade *“No reconoce em lo imaginario de las instituciones su próprio producto (...). Lo imaginario social no es inmutable, es actor y motor de la historia. Lo social histórico es un producto de lo imaginario social.”* (Kaës, 2002, p. 24)

A segunda distinção trata da oposição e articulação entre instituição e organização. Esta última teria um característica de maior concretude, dispondo não de finalidade, mas de meios para alcançá-las. *“Bleger propone considerar la organización como la disposición jerárquica de las funciones en un conjunto definido. Hay que estar, pues, atendo a la sinergia entre institución y organización y a su conflictualidad potencial.”* (Kaës, 2002, p. 24)

Há uma tendência da organização em deixar a instituição à margem, tal como numa instituição assistencial quando o objetivo terapêutico pode ficar em segundo plano, instalando-se uma autonomização e burocratização que inclusive pode atacar seu objetivo principal. A possibilidade dessa tendência aparecer na Saúde Mental é bastante grave, uma vez que a autonomização e burocratização nesta área pode acabar por produzir desassistência, visto não ser possível produzir cuidados em saúde mental segundo uma proposta antimanicomial de forma protocolar, ficando este reservado ao contexto hospitalar e tendo efeitos limitados.

Faz-se relevante considerar estas duas distinções a fim de compreender a ordem própria da instituição: os processos que elas designam e a funções psíquicas que articulam. *“La inversión de la finalidad institucional es una de las figuras análogas a la de la inversión psíquica. Lo que puede llamarse ‘sufrimiento*

institucional’, aceptando la polisemia de este adjetivo, se encuentra ligado com ella.” (Kaës, 2002, p. 24-25).

Ao cumprir suas funções, as instituições realizam também – sendo este o achado de Kaës – “*Funciones psíquicas múltiples para los sujetos singulares, en su estructura, su dinámica y su economía personal (...) constituye (...) el transfondo de la vida psíquica en el que pueden ser depositadas y contenidas algunas partes de la psique que escapan a la realidad psíquica.*” (p. 25), exercendo funções metadefensivas diante de angústias psicóticas.

Descortina-se aqui um primeiro espaço de análise e trabalho psicanalíticos: referente à relação objetal na instituição, à constituição das identificações imaginárias e simbólicas, à relação com o enquadre e com a lei e às transferências de funções (Kaës, 2002). Trata-se de um ponto de vista centrado no sujeito singular em sua relação com a instituição.

Um segundo espaço de análise configura-se pela condição da vida psíquica supor a instituição, sendo esta uma parte da psique. Dessa forma, o inconsciente é constituído em parte também pela transmissão intergeracional das formações e processos psíquicos, sendo a instituição uma condição primária para a identificação e formação do Eu.

Kaës (2002) cita Freud (1914): “El individuo lleva efectivamente una doble existencia, en quanto es en sí mismo su propino fin y en quanto es miembro de una cadena a la que está sometido, si no en contra sua voluntad, por lo menos sin la participación de ésta” (p. 27). A realidade psíquica, desta forma, se ancora em duas bordas: corporal e institucional. A instituição precede o sujeito e o coloca numa perspectiva de subjetividade à medida que disponibiliza estruturas de simbolização - lei, linguagem, pontos de referência identificatórios.

Por sua vez, também a instituição é extraída de parte da psique. Tem, portanto, algo de dentro e de fora, de incorporação e depósito, pano de fundo e processo. O sujeito é sujeito da instituição e a instituição possui uma dupla função psíquica: de estruturação e de receptáculo do indiferenciado. (Kaës, 2002).

Já um terceiro espaço de análise se desvela na consideração do espaço psíquico próprio da vida institucional, uma vez que para exercer sua função

específica – não psíquica – a instituição acaba por mobilizar formações e processos psíquicos que contribui para formar ou que recebe em forma de depósito. Mas há também as formações psíquicas que a vida pulsional produz para seu próprio fim. Temos então formações que correspondem à dupla condição de constituinte e beneficiária. (Kaës, 2002)

Estas formações configuram a possibilidade de espaços psíquicos partilhados ou vinculados, base sobre a qual Kaës elabora o conceito de aparato ou aparelho psíquico grupal, que permite pensar a organização específica da realidade psíquica do sujeito singular em relação ao conjunto intersubjetivo do qual faz parte e ao que garante consistência. (Kaës, 2002).

Desta forma, constituem-se os níveis lógicos que devem ser levados em consideração numa análise e que esta deve dar conta: *“El de la realidad psíquica del sujeto singular y el de la realidad psíquica que emerge como efecto del agrupamiento.”* (Kaës, 2002, p. 28)

As formações que são produzidas nessa relação – seja do agrupamento familiar, de estranhos ou da instituição – possuem a particularidade de articular os espaços e lógicas heterogêneas que regem a realidade psíquica do sujeito e aquela produzida pelo conjunto.

O aparato psíquico grupal, as alianças inconscientes e a cadeia associativa grupal – conceitos kaesianos – são construções que visam *“Dar cuenta de las formaciones y procesos psíquicos inconscientes movilizados en la producción del vínculo y del sentido.”* (Kaës, 2002, p. 29). Tais formações asseguram a articulação entre economia, dinâmica e tópica psíquicas tanto do sujeito singular quanto do conjunto e transparecem também como sintoma compartilhado e como significante comum.

Tem-se um caminho de investigação que diz respeito às articulações dos espaços psíquicos e a detecção ali dos efeitos do inconsciente. Não se trata portanto de localizar o inconsciente no indivíduo, mas nos *“Lugares liminares donde se producen los pasajes constitutivos de la realidad psíquica: (...) en las formaciones del vínculo inter y transubjetivo o en los espacios a-subjetivos del cuadro institucional.”* (Kaës, 2002, p. 29-30)

Se o olhar recair sobre o sujeito singular, a oposição indivíduo-conjunto se coloca e faz dividir seu espaço psíquico, embora cada sujeito singular logre satisfazer as exigências econômicas, dinâmicas e tópicas próprias e da cadeia a que está submetido. A discussão feita até aqui clarifica que tal divisão entre indivíduo e grupo/conjunto é uma divisão artificial, sendo o sujeito sempre sujeito do grupo.

A oposição entre psicologia individual e psicologia social ou das massas, que à primeira vista pode parecer muito significativa, perde boa parte de sua agudeza se a examinamos mais detidamente. É certo que a psicologia individual se dirige ao ser humano particular, investigando os caminhos pelos quais ele busca obter a satisfação de seus impulsos instintuais, mas ela raramente, apenas em condições excepcionais, pode abstrair das relações deste ser particular com os outros indivíduos. Na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social, num sentido ampliado, mas inteiramente justificado. (Freud, 1921 / 2011, p.10)

A impossibilidade de considerar a Saúde Mental em sua dimensão institucional, culmina em desconsiderar também estes elementos, ignorando a perspectiva do sujeito enquanto sujeito do grupo. Neste caso, trata-se das questões desconsiderando-se o impacto da dimensão institucional ou dos diversos atravessamentos institucionais que ela e os sujeitos que a compõem estão submetidos. Sem poder considerar tais aspectos, fica-se sem possibilidade de analisá-los e manejá-los, podendo deixar a instituição e seus sujeitos numa condição de sofrimento sem saída.

A instituição reúne e administra formações e processos heterogêneos - sociais, políticos, culturais, econômicos e psíquicos - cujas lógicas diferentes coexistem e se interferem mutuamente. É ainda o lugar de uma dupla relação: sujeito-instituição e conjunto de sujeitos-instituição – sujeitos que se encontram ligados por e na instituição. Kaës (2002) afirma que:

En este sentido, si bien me parece legítimo considerar que todo emergente psíquico posee a priori un valor de síntoma significativo para el conjunto institucional, considero que el nivel donde aquél se origina y la función no psíquica que cumple quedan siempre por establecer, como una cuestión abierta. Es posible que ciertos problemas políticos se expresen en el registro del síntoma psíquico. Pero sería arriesgado desconocer que precisamente un trabajo de los conjuntos heterogéneos dotados de espacios psíquicos comunes consiste en reducir lo heterogéneo en beneficio de lo homogéneo, sostener el principio de la causa única y de la función del Ideal, reducir la desviación y la disonancia cognitiva, privilegiar las funciones metonímicas en las relaciones de la parte con el todo, del

elemento con el conjunto, reducir los embrollos de la heterotopía al espacio uniforme de la isotopía. En este trabajo son empleados todos los procesos productores de indiferenciación y de homogeneización, y el ojo advertido aprende a reconocer los elementos heteróclitos conglomerados o yuxtapuestos, como lo que en arquitectura se llaman “reempleos”, huella de monumentos desarmados y utilizados en la edificación nueva. De la misma manera, en las instituciones una gran parte de las cargas psíquicas está destinada a hacer coincidir en una unidad imaginaria estos órdenes lógicos diferentes y complementarios, para hacer desaparecer la conflictividad que contienen. (p. 30)

Nas instituições se produz então uma ilusão de coincidência e homogeneidade até a situação de crise, irrupção violenta do reprimido ou do negativo que fazem aparecer de forma fragmentada os pactos inconscientes que tornaram possível o consenso e as lógicas distintas que estes encobriam em prol da formação comum (Kaës, 2002).

O trabalho psicanalítico com as instituições pode ter como objetivo – ou até mesmo como efeito – o reestabelecimento da sua condição metafórica, capacidade que diz respeito à possibilidade de tolerar a heterogeneidade e aceitação de interferências de ordens diferentes. Esta função metafórica possibilita a constituição de um espaço psíquico diferenciado e restitui a perspectiva e o peso da história cujos atores são também constituídos por ordens diferentes.

Fica evidente a sobredeterminação, a diversidade, a politopia das cenas psíquicas que a instituição recebe e coloca em movimento, sendo uma multiplicidade de espaços heterogêneos que ficam unidos às vezes de maneira inextrincável. Tal multiplicidade produz, segundo Kaës (2002), muitos efeitos: de administração ou transferência; de conflitualidade ou de redução de desvios entre objetivos e meios; efeitos de sinergia e de montagens ordenadas ou desordenadas dos níveis.

O trabalho sobre o sofrimento psíquico relativo à condição institucional engloba, como parte essencial, a montagem de um dispositivo apto para neutralizar alguns destes espaços na politopia institucional, com a finalidade de que os efeitos de resistência, tais como *“La reutilización de enunciados caducos, la confusión de los niveles lógicos, puedan ser detectados y produzcan efectos de análisis.”* (Kaës, 2002, p. 32).

Kaës (2002) enfatiza que centra seu trabalho nas *“las formaciones y los espacios psíquicos comunes que la institución fomenta, produce y administra, a partir de las cargas que ella exige de sus sujetos.”* (p. 32). Neste contexto, abre-se para a análise os interesses, benefícios, sofrimentos e gozo que os indivíduos encontram na instituição.

O desenvolvimento desta análise poderia se dar considerando-se o investimento em alguns dos componentes institucionais ou na instituição como um todo, o que implicaria *“dar cuenta de los derivados y las desviaciones que componen, no sin algunos intentos perversos, ciertos aspectos de la dinámica institucional”* (p. 32), dando conta das forças opostas que se colocam em ação na instituição: algumas trabalhando no sentido da unificação – relacionada ao desenvolvimento da função de ideal, dos investimentos libidinais – e outras no sentido da diferenciação e integração de elementos distintos; ou, contrariamente, da promoção do retorno ao indiferenciado e da diminuição das tensões; e por fim, outras promovem ainda a destruição e ataque.

Uma análise deste porte, no entanto, que favoreça a identificação dos elementos fundamentais da vida psíquica institucional, traz o risco de deixar desconsiderada a *“economía cruzada de las cargas psíquicas que ligan, en el interior del agrupamiento institucional, el interés de las partes y el del conjunto que constituyen y del qual reciben su existencia, o por lo menos, aspectos fundamentasse de su existencia.”* (p. 33).

As formações intermediárias entre o sujeito singular e o espaço psíquico institucional são aquelas que não pertencem nem ao sujeito e nem ao grupo, mas à relação entre eles, tendo uma característica, portanto, bifronte e se concretizam mediante pactos e contratos inconscientes, articulando as relações entre os elementos e os conjuntos em figuras diversas. O chefe ou líder de um grupo cumpre funções psíquicas de intermediação, assim como o porta-voz ou porta-palavra num grupo.

Kaës (2002) buscando aclarar as funções psíquicas das instituições e a parte institucional do psiquismo do sujeito, explica que algumas das funções psíquicas que pareceriam se relacionar somente ao conjunto, como a função de

enquadre ou de contenção, aparecem como uma formação intermediária comum. Com relação a estas duas funções, o autor aponta que

Sua existencia supone la reciprocidad de funcionamiento con otros marcos u otros contenedores o el ensamble de sus relaciones. El marco del grupo terapéutico está en una relación de ensamble y de reciprocidad con el marco de la institución misma y con el marco interno (comprendido el teórico) del terapeuta. Cada una a su manera (incluidos los encargados de la asistencia) participa en el mantenimiento y la reciprocidad de los marcos, aunque al mismo tiempo sus relaciones son antagónicas (marco administrativo de la institución versus marco terapéutico) y complementarias. Cuando el marco es atacado, cualquiera sea el nivel, los efectos repercuten en os diferentes elementos que él enlaza: tenemos el hábito de estar atentos a los efectos catastróficos para el sujeto singular; tenemos que considerar las consecuencias para las modificaciones estructurales que afectan la base física del hecho institucional y que ponen al conjunto de sus componentes frente al retorno disgregante de las partes indiferenciadas y no integradas que están depositadas en lugares diferentes del marco. A esto se debe que yo sostenga el punto de vista de que ciertas funciones psíquicas confiadas de manera estática a un elemento de un conjunto o al conjunto deben ser tratadas en su relaciones recíprocas. (p. 34).

As formações intermediárias constituem o fundamento da psique e o fundamento psíquico dos conjuntos sociais. Estas formações estão relacionadas com os acordos e pactos relacionados ao desejo, à renúncia pulsional exigida pela participação em sociedade, à segurança oferecida aos sujeitos, à “*reciprocidad de las cargas narcisistas y de las representaciones, que asegura la continuidad del transfondo colectivo sobre el cual se desliga la pertencia y la identidad*” (p. 35) e os acordos inconscientes sobre o que deve permanecer reprimido ou fora de representação, “*para que las condiciones psíquicas y sociales del vínculo se mantengan en la forma de agrupamiento que lo constituyó. Cada una de estas formaciones asegura, solidariamente con las otras, las condiciones psíquicas de la existencia y la vida de la institución*” (p. 35).

As crises e falhas das formações intermediárias colocam a própria instituição em questão e a relação de cada um dos sujeitos com ela, promovendo a anulação dos pactos, acordos e contratos inconscientes, liberando energias de suas redes ou paralisando as possibilidades de invenção de novas relações, acarretando sofrimento psíquico e demandando, dessa forma, um trabalho institucional, a consideração dos diferentes níveis na análise da situação de crise e condições para sua superação.

A psicanálise funda um pensamento de que a instituição tem como formação intermediária a identificação, que faz os sujeitos se manterem unidos, acarretando ganhos e perdas para o sujeito neste processo e o que dele resulta no conjunto formado. O grupo, tal como ocorre nos sonhos e através de mecanismos similares, é uma modalidade de cumprimento do desejo inconsciente e também um lugar de defesa contra a sua realização, culminando na *“escenificación y dramatización de los deseos prohibidos y reprimidos y, funcionamiento de la censura”* (p. 39).

Tem-se então uma nova perspectiva de análise do funcionamento psíquico do grupo para além das identificações históricas e contágio do sintoma apontados por Freud e que tem na transmissão intersubjetiva uma modalidade de cumprimento de desejo não somente pela identificação com o desejo ou sintoma, mas pela existência de um desejo compartilhado: *“el deseo del deseo del otro ou el deseo de una defensa común contra el deseo”* (Kaës, 2002, p. 39).

Na instituição, e, portanto, também na Saúde Mental, é no grupo – uma formação intermediária – que ocorrem as vinculações, as realizações de desejo, os sintomas e fantasmas, as identificações de forma que seus sujeitos podem depositar na instituição os desejos reprimidos e encontrar nela os meios deslocados de realização ou de defesa contra eles, ligando-se a ela, a seus ideais, projetos e espaços. *“El fundar una institución, hacerla funcionar, transmitirla no puede estar sostenido más que por organizadores inconscientes en los cuales se encuentran aprehendidos deseos que la institución permite realizar”*. (p. 40)

No contraponto entre princípio do prazer e o de realidade o homem cria dispositivos de representação. *“Reconstituye su posición frente a un padre que conocería todas sus necesidades e aportaría a las necesidades de la vida satisfacciones substitutivas, que por otra parte son psíquicamente eficazes gracias al papel de la imaginación”* (Kaës, 2002, p. 41). Aqui é onde surge uma possibilidade para a ilusão, seja ela a religião, arte ou ciência, ou ainda o grupo e a instituição.

Com Freud (1908/1996c; 1913/1996d; 1930/1996f; 1921/2011) temos que é necessária uma renúncia por parte do indivíduo – com repressão das pulsões, renúncia de sua onipotência e tendências agressivas e vingativas – para participação na cultura e sociedade. Assim, no processo de permuta da força bruta

pelo poder coletivo - passo decisivo para a cultura e restrição que o indivíduo primitivo desconhecia - os membros limitam suas possibilidades de prazer.

Desta forma, há a construção de um direito de todos que fazem essa renúncia e a garantia pela comunidade da proteção contra a violência e de que nenhum dos membros será vítima da força bruta – com exceção daqueles que não aderiram a este pacto social. As restrições permitem assim a constituição do primeiro código legal: as regras do tabu.

De acordo com Kaës (2002) esta troca em nome da cultura tem um significado e função para os espaços psíquicos singular e do agrupamento institucional. A interpretação da lei fundamental servirá de base para as resoluções dos conflitos entre as exigências pulsionais individuais e os interesses comuns ou entre a violência relativa ao abuso do poder comunitário e a necessidade de realização de desejos inconscientes. O distanciamento entre a lei fundamental e a lei interpretada ou local / institucional provoca um conflito nas relações entre desejo e interdição, referindo-se à lei sobre homicídio e exogamia, que regula as relações entre homens e mulheres e entre gerações e define os limites da comunidade local que se insere na comunidade de humanos - "y, por consiguiente, la relación con la tercera diferencia: la que manifiesta la presencia del extrajero." (p. 45).

As instituições devem ser permanentes a fim de assegurar as funções estáveis necessárias para a vida social, constituindo-se para o psiquismo como a mãe, funcionando como pano de fundo que favorece o jogo pulsional e a satisfação. Confunde-se facilmente com a própria experiência de satisfação, sendo esta razão pela qual assume tão facilmente o sentido de ideal e valor persecutório. Mas não só tem que ser estável, a instituição deve também estabilizar o intercâmbio social e os movimentos que o acompanham: a função do instituído. (Kaës, 2002)

O autor enfatiza que a instituição se inscreve para o inconsciente como um espaço sagrado, como decorrência da condição de fundação: espaço de terror no começo que abre espaço para o sagrado. A origem divina da instituição garante assim sua legitimidade e poder, garantindo sua permanência. Cada membro *"participa de esta manera en la divinidad, que, contra la muerte y su trabajo de desligamiento, asegura el nexo narcisista de cada cual con el conjunto y lo emblematiza"* (p. 46). Esta segurança é garantida à medida que cada um ocupa seu

lugar e contribui para a manutenção e desenvolvimento da instituição. Aquilo, no entanto, que é estranho à instituição pode ser submetido à força bruta, pois, “está, literalmente, fuera de la ley” (46).

Este contrato é sustentado pelo narcisismo, que assegura a continuidade das gerações, as filiações e afiliações, sublinhando a dupla existência do indivíduo: como próprio fim e elo de uma cadeia da qual participa independente de sua vontade. Essa dupla condição narcísica implica numa bipolaridade interna – e não numa definição da relação como acordo ou oposição entre o intrapsíquico e o grupal – que indica a existência da singularidade e grupalidade em cada um. (Kaës, 2002)

A instituição se funda sobre essa condição dupla do narcisismo e sobre as formações intermediárias que são trans-psíquicas por sustentarem a relação inevitável entre o sujeito singular e o grupo: *“la identificación, la comunidad de síntomas, de defensas y ideales, el co-apuntalamiento constituyen una parte de estas formaciones. Pero también el contrato narcisista e el pacto de negación”* (Kaës, 2002, p. 47).

Kaës (2002) propõe que o contrato narcísico está ancorado então nas três propostas de Freud (1914/2010a): de que o indivíduo é fim e elo de uma cadeia; de que os pais depositam na criança seus desejos e sonhos para continuidade geracional e de que o ideal de eu é uma formação comum entre psiquismo singular e conjuntos sociais, como a família e instituições. Os termos do contrato narcísico então proporciona que cada sujeito ocupe o lugar que lhe foi oferecido pelo grupo

y significado por el conjunto de las voces que, antes de cada sujeto, desarrollaron un discurso conforme al mito fundador del grupo. Cada sujeto tiene que retomar este discurso de alguna manera; es mediante él que se conecta con el Antepasado fundador.

El contrato narcisista está, en efecto, implicado en la fundación, es decir, en la muerte. (...) Toda fundación institucional contiene, ocultas, la continuidad de un mandato y la de su ruptura – la muerte y la filiación. (p. 47-48).

Tal como nas Igrejas romanas que erguem sua religião sobre a relíquia de um santo morto, morte idealizada que sustenta a continuidade institucional. Contudo, a fundação de uma instituição não se dá somente sobre o

totem que representa a memória do morto e do Antepassado fundador, mas também sobre as construções destruídas, que obriga manter juntos materiais reutilizados, mesmo incongruentes, naturalizando-os. *“Esto es lo que dice el mito. El mito dice el origen, proporciona una matriz identificatoria y un código”* (Kaës, 2002, p. 48), que por mais precário que seja, faz frente a uma relação com o desconhecido.

Neste sentido, cabe considerar sobre quais escombros a saúde mental se construiu no seu processo de fundação e quais de seus elementos ainda persistem atualmente na saúde mental - como, a própria negação da clínica proposta neste trabalho, e possivelmente, outros aspectos que demandariam outros espaços de discussão e aprofundamento de análise. A persistência, contudo, destes elementos indica a importância de uma clínica que leve em consideração os aspectos institucionais, para que não se fique desavisado dessa interferência, o que culminaria permanecer somente sob seus efeitos, mas sem recursos para compreender e lidar tal condição.

Quando a instituição não serve mais de apoio ao narcisismo dos sujeitos, ela é atacada em si mesma e contra sua função - que pode ser a função de assistência e de cuidado. Diante da crise e do sofrimento narcísico que a acompanha, ocorre a ameaça ao vínculo com o conjunto, uma vez que o sujeito não consegue manter seu lugar e coloca-se em questão a ordem comum vigente, sobre a qual é fundada narcisicamente a possibilidade de continuidade.

Esta aderência narcísica à instituição remonta à condição de ligação dos sujeitos aos fantasmas familiares e indica que cada um é capaz de colocar o objeto compartilhado em perigo, desde o momento em que se apropria de uma parte, que por sua vez é subtraída da comunidade.

A fundação coloca o fundador em posição de desfazer uma instituição para fundar outra a partir dela - tal como ocorreu dentro do campo da Saúde Mental - ressalta Kaës (2002). Sendo assim,

El fundador es un homicida, y adquiere el estatuto de fundador en la medida en que contiene y ordena el caos que su creación provocó inicialmente. El mito fija el relato de ese tiempo de los orígenes y define la relación de cada uno con lo Antepasado fundador y con la genealogía afiliativa que de él mana (p. 48-49)

(...) reformar es refundar; por consiguiente es destruir, en el fantasma, la comunidad institucional. En esta separación, que la vida no puede evitar, los

significantes novos no están todavía disponibles y no reciben todavía la carga necesaria para cargar el nuevo contrato. En estas situaciones indecisas se utilizan con frecuencia dos salidas: el recurso a la actuación psicosomática o a la actuación ideológica, cada una de las cuales aparece generalmente a falta de la otra (p. 50).

(...) El recorrido de la arquitectura mental de la institución nos conduce a los espacios de ocultación, depósito o enclausuramiento que tienen valor y función simultáneamente en el espacio del sujeto y el del grupo. Parecería que el grupo humano no puede formarse si no es manteniendo zonas de oscuridad profunda, tierras de nadie comunes negativas del espacio psíquico compartido, cuya fórmula cultural es la utopía, el lugar de ninguna parte, el no-lugar del vínculo. El grupo administra así una parte de la represión de cada sujeto y, mediante ello, ciertas formaciones del inconsciente. (p. 50-51)

Kaës (2002) denomina de pacto denegativo a formação intermediária que em qualquer vínculo condena à repressão, à negação e à renegação aquilo que deve permanecer irrepresentado e imperceptível para não colocar em risco – e, portanto, manter – o vínculo em questão. É um dos correlatos e complemento do contrato de renúncia da comunidade de cumprimento de desejo ou do contrato narcísico.

É também um pacto inconsciente, um acordo entre os membros para o estabelecimento de um consenso, que surge como uma negativização da violência e das diferenças: *“el pacto hace callar a los diferentes; a esto se debe que sea un pacto cuyo enunciado, en cuanto tal, no se formula nunca”* (p. 51). Trata-se de um acordo tácito, sendo o pacto mesmo reprimido. *“Reduplicación del silencio: el precio del vínculo consiste en aquello que no podría cuestionarse entre las personas que vincula, en su interés mutuo, para satisfacer a la doble lógica cruzada del sujeto singular y la cadena”* (p. 51).

O pacto denegativo, assim como o contrato narcísico, se funda sobre uma identificação dos elementos ligados entre si por uma característica comum que lhes são complementares. É uma especificidade deste pacto a condição de ser “estabelecido para garantir as necessidades defensivas dos sujeitos quando eles formam ou estabelecem uma relação ou para manter essa relação.” Kaës, (2014, p. 112). Dessa forma, as instituições fundam-se sobre organizadores inconscientes e formações mistas, se fundam a partir de um pacto denegativo, deixando algo de lado: resto que pode ter diversos destinos: intoxicação, depósitos ou espaços de lixo, restos.

Fundam-se também no irrepresentado e no silêncio radical – que se diferenciam do não-dito – dos espaços faltantes, vazados das cadeias de representação e possuem duas fontes: o irrepresentado e negativo do sujeito singular depositado na instituição, uma vez que ela possui também esta função e a condição de impossibilidade na instituição,

(...) por causa de la institución y la positividad que ella contiene – para agotar lo irrepresentable de su propia historia y, ante todo, de su propio origen: esto es lo que intentan colmar las leyendas de los orígenes, el mito y la novela institucional, y es el sentido que ella impone a lo real, si es necesario mediante la función de la "historia oficial". Pero subsiste un resto, que persiste en la no representación y en la no percepción, que no accede a la represión ni, según el caso, tampoco a la conciencia.

Se ve aquí que no se trata en absoluto de un pacto de negación, sino de una protección contra lo negativo. Esta protección implica una cooperación elemental: la presencia de la institución, por la positividad de sus constituyentes, de su tarea primaria, de sus dispositivos destinados a asegurar la permanencia, el derecho y el orden, es por sí sola una protección contra lo negativo para sus sujetos y para ella misma. Para ella misma: se prueba ocupándose de la vida de sus sujetos. Por esto la exclusión de la institución o su destrucción nos enfrenta a la muerte. (Kaës, 2002, p. 53)

A estrutura inconsciente da instituição precede os sujeitos singulares e se desprende da estrutura inconsciente de outra instituição. Esta estrutura organiza o reprimido e seus retornos na tópica intrapsíquica e transubjetiva. Contra à emergência do reprimido e o reconhecimento do inconsciente, constituem-se as defesas institucionais e se mantém desconhecidas as suas funções. Neste ponto temos a fonte do sofrimento da – e na – instituição.

O sofrimento e a psicopatologia nas instituições são indicadores de seus processos e formações, cujas análises possibilitam a distinção de três fontes de sofrimento, que aparecem, no entanto, interligadas nas queixas ou nas causas designadas: a primeira é inerente à própria condição institucional; a segunda às particularidades da instituição em suas especificidades, sua estrutura social e inconsciente própria; e a terceira, à configuração psíquica do sujeito singular; além do sofrimento relacionado à vida. (Kaës, 2002)

O sofrimento fundado no desenvolvimento incontrollável da angústia produz paralisia e deteriorização dos espaços psíquicos sejam institucionais ou individuais. Muitas vezes o sofrimento e as perturbações que o causa não são

acessíveis ao sujeito. Os mecanismos de defesa faz com que se mantenha o sofrimento o mais longe possível da experiência e consciência. Os mecanismos de defesa institucionais apoiam as defesas individuais neste sentido para evitar todo e qualquer tipo de sofrimento, inclusive aqueles gerados na própria instituição (Kaës, 2002).

Estes mecanismos se relacionam aos pactos denegativos e aos contratos de proteção contra o negativo, que promovem a não-inscrição psíquica das experiências dolorosas. *“Tales modalidades tienen consecuencias opuestas: unas sostienen, en vaciado, el trabajo del pensamiento; las otras lo tornan imposible, lo vacían de todo objeto”* (p. 55).

Kaës (2002) aponta que o sofrimento institucional, com sua complexidade de causas e modos de defesa, coloca a importância do psicanalista não buscar pela causa, mas procurar reconhecer o sofrimento e dar conta de sua emergência.

(...) la institución efectúa la gestión de otros sufrimientos distintos de los que son infaliblemente suscitados por el vínculo que ella organiza y por las cargas que ella requiere: es para sus sujetos una de sus razones de ser: que todo sufrimiento psíquico que se manifiesta en ella no tiene ipso facto valor y sentido de síntoma para el funcionamiento institucional, aun cuando ese mismo sufrimiento pueda ser referido en su discurso a sus propios fines y ser tratado en su nivel propio. No podemos satisfacernos con un análisis que aborde sistemáticamente el sufrimiento institucional como si se tratara de una causalidad anclada en la pura historia personal: el sufrimiento actual no se resuelve siempre en la historia singular, sino que puede estar anclado en la red del vínculo. La cuestión de la causa debe, pues, permanecer suficientemente en suspenso para que afluya la diversidad de sus versiones y se manifieste su sobredeterminación. (Kaës, 2002, p. 56)

A instituição é um objeto psíquico comum, ela não sofre, são os sujeitos que sofrem com e na relação com a instituição. A instituição em cada um é o que sofre. É a este sofrimento e à dificuldade em reconhecê-lo que o psicanalista deve estar atento.

O sofrimento na instituição provém da própria condição institucional infalivelmente em decorrência de todos os contratos, pactos, acordos, renúncias e benefícios. Sofrimentos pelo excesso e pela falta da instituição, diante da sua função de garantir os termos dos pactos e contratos para possibilitar a realização da tarefa primária que motiva os sujeitos no sonho institucional e ainda pela impossibilidade

de compreensão da causa, objeto, sentido e do sujeito do sofrimento que se experimenta nela - sendo uma característica do sofrimento institucional, possivelmente pela particularidade de vínculo que corresponde à condição de indiferenciação radical dos espaços psíquicos comuns.

Tales estados hacen indiscernibles los límites del sujeto y de la institución y lo que sufre en este vínculo es la tentativa, acompañada de angustia, de hacer surgir estos límites (...). El sufrimiento radical nace del esfuerzo por soltarse de lo indiferenciado y de las angustias de la disolución. Sufrimientos más elaborados, ligados a la relación de objeto parcial, aparecen en el transfondo con la angustia de ser destruido por la máquina institucional, de ser vaciado de su sustancia. (Kaës, 2002, p. 57-58).

De acordo com Kaës (2002), nos situamos na condição do *inextrincável* em toda circunstância em que prevalece a confusão dos elementos e a indiferenciação entre estes e o conjunto, o que faz com que os sujeitos sejam confrontados com seus próprios núcleos indiferenciados, com a angústia diante do desconhecido, de não identidade.

En este nivel los espacios psíquicos comunes sincréticos o isomórficos son inextrincables por necesidad de desobjetivización: constituyen el transfondo de los vínculos diferenciados. Uno de los problemas institucionales – que no es propio de la institución – consiste en instalar un dispositivo que sea a la vez capaz de salvaguardar este modo de vínculo necesario para el vínculo y de evitar que su predominio provoque una parálisis y un ataque contra las formas diferenciadas del vínculo. (Kaës, 2002, p. 58)

O surgimento dos *estados passionais* na instituição é outro aspecto da patologia institucional que está relacionado ao *inextrincável*. Tal termo e condição sugere uma aproximação do intenso sofrimento psíquico presente nos estados psicóticos, da condição de transbordamento e da impossibilidade de conter e ser contido, da impossibilidade de pensamento, “*la repetición, la obnubilación, sirven de cobertura para odios devastadores, contra los cuales se ponen en acción defensas por fragmentación*” (Kaës, 2002, p. 58-59), ocasionando condições de evitação de vínculos que poderiam favorecer o aumento da violência, condições destrutivas e desintegração, ocorrendo a transmissão dos afetos sem a possibilidade de mediação e espaços intermediários.

Tais estados de sofrimento se devem muito frequentemente à condição de mudança e ameaça de mudança no enquadre institucional no qual

ficam depositadas as partes indiferenciadas e não integradas do psiquismo (Bleger, 1988; Kaës, 2002). A estrutura inconsciente da instituição e suas formações psíquicas intermediárias ficam ameaçadas e afetam os sujeitos nos estratos fundamentais do seu ser, antes de afetar os vínculos no espaço psíquico institucional (Kaës, 2002).

O que aparece como sofrimento institucional de modo genérico se deve habitualmente a dois níveis psíquicos da vida institucional: o inextrincável, sincrético e indiferenciado; e o nível contratual que estrutura o vínculo. Com relação às disfunções da instituição, Kaës (2002) aponta três aspectos particulares do sofrimento que dizem respeito a alguma perturbação relacionada à fundação e à função instituinte, aos obstáculos à realização da tarefa primária e às dificuldades na manutenção do espaço psíquico.

O primeiro deles refere-se a falhas na função instituinte entre a estrutura da instituição e a estrutura da tarefa primária, seja por excesso, defeito ou inadequação, que provocam um sofrimento relativo à instituição em sua singularidade. O autor ressalta a importância da ilusão institucional, sem a qual uma instituição nova não pode se constituir, sendo necessário que ela se compreenda ser inovadora e conquistadora. A falta desta ilusão priva os sujeitos de uma importante satisfação e desfavorece as cargas imaginárias nos espaços psíquicos comuns, que sustentariam o projeto institucional. A ilusão faz frente aos riscos e sacrifícios que a participação na instituição demanda e é produtora de resultados. *“El sufrimiento es el de la desilusión, de la renuncia al fetiche. Cuando ese doloroso trabajo no se efectúa, la institución es atacada o ataca a sus sujetos (incompetentes...) o a su propia tarefa (...)”* (p. 60), tal como ocorre na burocratização.

O autor indica a *“importancia de las formaciones identificantes y representativas: el mito, la ideología, la utopía son a la vez formaciones intermediarias estructurantes y defensivas, cuya saturación, tanto como su falta, son fuente de intenso sufrimiento psíquico”* (p. 61) e indica que é necessário que as instituições constituam uma representação da própria origem e que imaginem uma utopia, *“un no lugar de la institución, una figura de su negatividad”* (p. 61), sob o risco, caso contrário, de inscrever essa negatividade no funcionamento institucional.

A segunda condição de sofrimento postulada por Kaës (2002) diz respeito aos obstáculos na realização da tarefa primária, que funda a razão de ser da instituição, sua finalidade, o propósito do vínculo e sem a qual a instituição não pode existir. Mas frequentemente não é nessa tarefa que os membros da instituição investem de maneira principal. Algumas tarefas complementares podem se tornar dominantes e outras tarefas derivadas podem surgir. O autor ressalta ainda que muito frequentemente, se instalam na instituição tarefas que entram em contradição com a tarefa primária, podendo inclusive inverter ou ocultar seu sentido sempre que haja alguma tolerância da lei institucional. Ocorre da instituição proteger seus membros da execução da tarefa primária quando a preocupação com a defesa frente aos perigos da sua realização, sejam eles reais ou imaginários, mobiliza por demasiado os sujeitos.

O que fica em questão é o fracasso da instituição na manutenção do apoio narcísico para a realização da tarefa e como mantenedora das funções do enquadre. Os obstáculos que se colocam frente *“a la realización de la tarea primaria son en realidad ataques contra la comunidad en el cumplimiento del deseo que sostiene la representación-meta inconsciente común a los sujetos de la institución”* (Kaës, 2002, p. 63).

O terceiro aspecto do sofrimento institucional sugerido por Kaës (2002) diz respeito ao sofrimento associado com a instauração e manutenção do espaço psíquico na instituição, que se reduz à medida que o instituído prevalece sobre o instituinte.

“El apartamiento entre la cultura de institución y el funcionamiento psíquico inducido por la tarea está en la base de la dificultad para instaurar o mantener un espacio de contención, de conexión y de transformación” (p. 63). Kaës (2002) retoma a dificuldade da instituição de considerar a realidade psíquica de seus sujeitos e a grandes dificuldades destes, nos momentos de grandes mudanças, de reestabelecer em si mesmos um ancoramento satisfatório sobre uma instituição confiável, visto que aquela instituição, da qual é membro, movimenta a estrutura inconsciente de seus vínculos.

O pensamento que já se encontra inibido naturalmente nas instituições altamente organizadas, chega a perder inclusive seu objeto, enquanto

não seja possível reestabelecer, com o apoio de uma instituição interna suficientemente fortalecida, a função que atua como contenção. Dessa forma, segundo Kaës (2002), torna-se possível a transformação dos elementos psíquicos até então impossíveis de representação e não ligáveis às atividades de pensamento e de associação. Torna-se possível o reestabelecimento dos contratos em questão e cumprimento do desejo, o reestabelecimento do espaço psíquico, que estes contribuem para manter.

“La institución protege de este modo a sus sujetos contra la angustia ligada con el cambio catastrófico” (Kaës, 2002, p. 64): uma mudança decisiva na estrutura e organização da instituição, que coloca em questão exatamente sua integridade e continuidade. Tal condição suscita representações de destruição e negatividade, uma vez em que vem acompanhada por *“estados de angustia, de fantasmas de aniquilación, de sufrimiento, y de amenazas respecto de la propia persona, de los conjuntos de los vínculos intersubjetivos y de las representaciones ordenadas que aseguran la continuidad de la estabilidad narcisista de los sistemas”* (p. 64).

Contudo, diante de tais mudanças é possível recorrer a alguns mecanismos de defesa. A ideologia constitui-se como um mecanismo de defesa, contudo, *“no es inimpugnable y termina por producirse un derrumbe que obliga a un cambio vital”* (Kaës, 2002, p. 64), acarretando efeitos para os grupos e para os sujeitos, o *“resurgimiento inicialmente impensable de angustias paranoides muy profundas, los recursos delirantes o psicosomáticos en los que desembocan y contra los cuales la ideología había protegido hasta entonces mediante el apoyo de la administración grupal de los mecanismos de defensa contra el cambio catastrófico”* (p. 64).

Há ainda outros modos de defesa, cujos mecanismos têm como objetivo o controle, limitação, dominação ou trivialização dos pensamentos novos na instituição, *“para ponerse al servicio de (...) la mentira, a la vez que la institución transmite la nueva idea deformándola o transformándola”* (Kaës, 2002, p. 65).

Kaës (2002) retoma a ideia de que a instituição, para além do lugar do cumprimento do desejo reprimido, é também o lugar de defesa contra estes, produzindo defesas específicas contra tudo o que pode colocar em perigo sua

existência ou a relação dos seus membros com a tarefa primária. E assegura ainda defesas contra angústias que não estão ligadas diretamente à instituição, mas às angústias dos sujeitos singulares. Cumprem assim defesas especialmente com relação às angústias psicóticas de seus sujeitos em benefício dos sujeitos individuais, destes enquanto partes da instituição e do espaço comum da instituição.

As defesas implementadas pelos sujeitos na instituição constituem-se como fundamentos estruturais desta, contribuindo para formação de sua cultura e modo de funcionamento – que são caracterizadas exatamente pelo modo como cada sujeito se serve do espaço psíquico e a maneira que a própria instituição possibilita esta utilização, “*lo que equivale a decir que la institución asegura el sistema metadefensivo para los sujetos individuales y los grupos que la constituyen*” (p. 65).

De acordo com Kaës (2002), a articulação de todos esses sistemas de defesa merecem atenção especial no trabalho com instituições, por serem manifestação das “*acciones de las formaciones psíquica bifronte contractuales que constituyen la estructura inconsciente de la institución*” (p. 65). As enfermidades institucionais constituem-se como modos de buscar modificar a condição de angústia mediante o emprego dos mecanismos de defesa estabelecidos pela e na instituição – utilizando-se para isso de seus objetos e processos.

Segundo ele, o enfoque psicanalítico dos grupos e agrupamentos – institucionalizados ou não – aponta indubitavelmente para a ideia de que seus membros colaboram fortemente “*no solo para instaurar y utilizar una defensa contra situaciones que representan algunos de los problemas individuales de los miembros del grupo, sino también para evitar tomar conciencia de ellos*” (p. 66). Qualquer que seja a instituição pode acontecer de expor “*sus miembros a experiencias demasiado angustiantes, sin proporcionarles en compensación experiencias suficientemente satisfactorias y, en primer lugar, mecanismos de defensa utilizables por aquéllos para protegerse contra sus angústias.*” (p. 66).

Há, portanto, um paradoxo que liga as defesas individuais e institucionais: numa condição de incapacidade de proporcionar esse suporte metadefensivo, as instituições passam a ser atacadas por seus membros, devido o

aumento da angústia, sem que tenha recursos aos quais recorrer, colocando-os num sofrimento demasiado intenso, catastrófico, inextrincável. (Kaës, 2002).

A despeito de todas as dificuldades de uma intervenção numa instituição, é de grande importância o trabalho do psicanalista para que seja possível discriminar os espaços psíquicos comuns e os níveis de organização de cada sujeito que está implicado em si e no conjunto institucional. O trabalho consiste em tornar possível o reconhecimento do *“elemento inextrincável donde actúan las astucias y las estrategias del inconsciente y la parte del psiquismo de cada uno que está puesta en juego y trabajada en el espacio intersubjetivo”* (Kaës, 2002, p. 67).

É essencial

(...) dejar hablar y escuchar al sufrimiento y al mal, vengan de donde vinieren y apuntem a donde apuntaren: la condición primordial es dejar que advenga su representación, mediante la palabra y mediante el juego. Entonces es posible confrontarla con las configuraciones míticas y rituales de las que las instituciones se munan necesariamente para defenderse contra el sufrimiento y para representar su causa y su tratamiento, y aun para evitar el tener una representación de él. Se trata de instalar un dispositivo de trabajo y de juego que restablezca, en un área transicional común, la coexistencia de las conjunciones e las disjunciones, la continuidad y las rupturas, los ajustes reguladores y las irrupciones creadoras, de un espacio suficientemente subjetivizado y relativamente operativo. (Kaës, 2002, p. 67)

A Saúde Mental e seus equipamentos estão sujeitos às mesmas questões, sofrimentos e desafios institucionais de que trata Kaës. Contudo, tal aspecto institucional, apesar de ter um impacto significativo para a realização de um trabalho em saúde mental parece ficar também identificado como uma clínica tradicional, ficando relegado, mediante um pacto denegativo. Parece não haver na reabilitação psicossocial ou na atenção psicossocial algo que possa dar contorno a tais questões e auxiliar na elaboração dos aspectos institucionais, que podem se constituir como fonte de sofrimento e como fator impeditivo para o trabalho e o pensar - bloqueio do pensamento apontado em pesquisas apresentadas no Capítulo 2, tal como em Scarcelli (1998).

CAPÍTULO 4

A pesquisa

Identifica-se, com o apoio da literatura – conforme os argumentos desenvolvidos até aqui – a existência de contradições e ambiguidades nas práticas em saúde mental, evidenciadas pela coexistência de estratégias antimanicomiais coerentes com a política atual de saúde mental e estratégias manicomiais, herança do processo histórico da saúde mental, com características de exclusão e segregação. Hipotetizando-se que tais contradições se relacionem com a impossibilidade do campo da saúde mental pensar e sustentar uma clínica e considerar uma teoria sobre a constituição do sujeito e o funcionamento psíquico que a fundamente e sobre a dimensão clínico-institucional, coloca-se como questão de pesquisa como os serviços de saúde concebem a dimensão da clínica e uma teoria do funcionamento psíquico e de compreensão dos fenômenos institucionais para pensar, elaborar e organizar seus modos de atuação.

Hipotetiza-se que haja na saúde mental uma condição de negligência com relação a aspectos teórico-conceituais que podem fundamentar uma prática ou uma clínica em saúde mental implicada com o funcionamento psíquico; que a apropriação da dimensão clínica e teórico-conceitual da prática não se deu ao mesmo passo que a apropriação da dimensão político-jurídica e suas diretrizes de política pública, faltando aos profissionais recursos teóricos-conceituais relativos à compreensão de processos de constituição subjetiva e do funcionamento psíquico que possam sustentar suas práticas de forma mais coerente com a dimensão política e diretrizes antimanicomiais, tanto no que diz respeito a uma clínica do sujeito do inconsciente - ou uma clínica que considere a dimensão inconsciente - , quanto a um projeto clínico-institucional - ou dimensão institucional - nos quais estão implicados de uma forma ou de outra, trabalhadores e gestores. Desta forma, se faz transparecer contradições e se apresentar práticas vinculadas a estratégias manicomiais, que lhes chegam pelo senso comum, pelas heranças da prática tradicional médico-centrada e pela observação de práticas de colegas - dentre eles, destacam-se os profissionais médicos - sem haver a possibilidade de reflexão e metabolização - ou mesmo de identificação - destas.

Com a hipótese da negação da clínica - mediante o estabelecimento de um pacto denegativo na saúde mental - que se propõe aqui, compreende-se que a possibilidade de identificar fatores favorecedores da condição de persistência de contradições e ambiguidades nas práticas deste campo possam contribuir para a paulatina superação destas e a efetiva consolidação da política atual de saúde mental - considerando o que se apresenta dentro do escopo de gestão local, relativo às práticas cotidianas.²²

Para tanto, desenhou-se uma pesquisa qualitativa. A escolha do método qualitativo se dá por ter o intuito de conhecer os sentidos e significados e compreender os fenômenos humanos como parte da realidade social. (Minayo, 2009).

É uma pesquisa inspirada na pesquisa-ação e sustentada pela psicanálise de instituições de Kaës e Gaillard e psicologia social de Pichon-Rivière. A pesquisa-ação consiste num método que pretende elucidar problemas sociais e técnicos, que tenham uma relevância científica, por meio da participação do pesquisador em grupos constituídos com os atores envolvidos na situação-problema ou na possibilidade de resolução destas, sem a ilusão da neutralidade científica – considerando-se a afirmação de Thiollent (2011, p. 9): “não existe neutralidade na pesquisa social em geral, e tampouco na pesquisa-ação” – mas com rigor científico que sustente a pesquisa.

O autor diferencia pesquisa-ação de pesquisa participante, embora, ressalte que muitas vezes estes termos sejam usados como sinônimos, enfatizando que toda pesquisa-ação é pesquisa participativa, mas o inverso não é verdadeiro. Na pesquisa participativa a participação é dos pesquisadores, visando tornar possível sua aceitação pelo grupo que pretende pesquisar. Já a pesquisa-ação,

²² Há, contudo, outros fatores, não menos importantes para a efetivação de uma política, tal como a questão do Financiamento em Saúde Pública, fator extremamente relevante para este aspecto, que no entanto sai da possibilidade de ação direta dos trabalhadores e gestores do CAPS a não ser por estratégias específicas de controle social e discussões com entes federados, da qual temos o exemplo mais significativo as Conferências de Saúde e Saúde Mental. Compreende-se que tais dispositivos se encontram desinvestidos - mais uma contradição na área de saúde mental - visto que as conferências deveriam acontecer a cada quatro anos e na área de saúde mental têm ocorrido num intervalo muito superior. A III Conferência de Saúde Mental ocorreu em 2001, tendo a IV ocorrido em 2010 somente - intervalo de 9 anos. A conferência seguinte não ocorreu até o início de 2018, um hiato de 7 anos desde a última, não havendo indícios de que ocorrerá em breve, apesar das manifestações de várias entidades no sentido de cobrar que o Ministério da Saúde e governo federal promovam o chamamento pela V Conferência de Saúde Mental desde 2014.

coloca todos os atores sociais, inclusive o pesquisador, como protagonistas fundamentais do processo de pesquisa e ação social, que são compreendidos como inter-relacionados.

Neste tipo de pesquisa, os objetivos sociais ou de ação e os objetivos de conhecimento ou de pesquisa se aproximam. Ela apresenta-se como método de pesquisa inserida nas práticas ou ações sociais, sendo orientada por objetivos de transformação social (Thiollent, 2011).

A pesquisa-ação é um instrumento de trabalho e investigação com grupos e instituições e demanda a condição de estar atento às questões teóricas e práticas para equacionar a complexidade dos problemas e questões relevantes dentro da realidade social. Pode ter uma orientação de ação emancipatória, sendo vista como forma de engajamento sociopolítico a serviço de uma causa ou se relacionar a aspectos técnico-organizacionais, tendo um compromisso de caráter reformador ou participativo (Thiollent, 2011).

São pesquisas nas quais os pesquisadores pretendem ou estão em condições de desempenhar um papel ativo na própria realidade social que estudam. Faz-se a escolha deste tipo de pesquisa pela condição do método escolhido - os grupos operativos - não se constituem como modos de investigação a priori, mas pela sua característica de transformação, podendo contribuir com o grupo de pesquisa na medida em que garante momentos de reflexão e de repensar práticas, visto que ao mesmo tempo que pesquisa, pode promover meios de identificação de questões e resoluções das dificuldades encontradas.

4.1 Objetivo

Tem-se como objetivo, identificar e analisar como a instituição (CAPS) se organiza e organiza suas práticas e a relação destas com aspectos teórico-conceituais – que considerem os processos psíquicos – de sustentação de uma clínica e de um projeto clínico-institucional (dimensão institucional).

4.2 Processo de construção da pesquisa

A partir do objetivo de buscar identificar a presença da perspectiva da clínica e da dimensão institucional num CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, propôs-se como critério de inclusão CAPS de administração direta municipal, excluindo-se da pesquisa os CAPS que estivessem numa condição de administração realizada por terceiros, como as realizadas por Organizações Sociais (OS) ou instituições afins.

Estabeleceu-se tal critério de inclusão pela consideração de que a administração direta estaria implicada com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) diferentemente da proposta de administração por terceiros. Nessa perspectiva, o estabelecimento de tal critério se faz importante visto que diversos serviços de saúde e saúde mental de muitos municípios e estados no Brasil, encontram-se atualmente na condição de serem geridos por administração indireta, terceirizada, em grande parte por Organizações Sociais. Compreende-se que tal modo de gestão implica um distanciamento do SUS e da Saúde Pública e Coletiva e se relaciona de maneira mais próxima com uma gestão empresarial por ter interesses outros envolvidos, que não a Saúde Pública, por vezes ocasionando conflito de interesses entre estas duas partes.

Tal exclusão indica ainda um posicionamento político a favor do SUS e relaciona-se à compreensão de que há tantas outras questões implicadas em seu funcionamento que não parece ser possível que estas instituições – enquanto instituições e não como investimentos individuais de seus trabalhadores ou mesmo coordenações – se ocupem de questões técnicas tais como as propostas neste trabalho referente a posicionamento político, à constituição de uma clínica e projeto clínico-institucional, permanecendo envolvidas com questões anteriores, de base ou relativas à sobrevivência dos serviços.

Estabeleceu-se um CAPS II como local de realização da pesquisa, que cumpria os critérios de inclusão adotados, sendo um serviço municipal de administração direta, que realiza um trabalho vinculado politicamente – em termos de Política Pública – com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da

legislação vigente (lei 10.216/2001) e as diretrizes de Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (portaria 3088/2011).

Inicialmente foi feita a proposta aos trabalhadores do CAPS de participação na pesquisa mediante a realização de entrevistas individuais. Os profissionais prontamente aceitaram a participação, contudo, sugeriram que a entrevista fosse realizada em grupo, por compreenderem ser mais rico o contexto do grupo para uma condição de pesquisa em CAPS do que as entrevistas individuais.

Compreendeu-se que a proposta de coleta de dados a partir de situação grupal era bastante pertinente à proposta de pesquisa e coerente com o embasamento teórico da mesma. Dessa forma, foi feita nova proposta de realização da pesquisa não mais no formato de entrevista, mas na execução de grupos operativos com os trabalhadores que se interessassem em participar, consentindo tal participação pelo preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Realizou-se uma apresentação da pesquisa neste novo formato proposto e os trabalhadores consentiram novamente em sua participação, estabelecendo-se de comum acordo três datas para a realização dos grupos.

4.2.1 Grupos operativos

A partir da proposta dos trabalhadores do CAPS de realização de entrevista grupal e não individual, redesenhou-se o modo de coleta de dados, não mais como uma proposta de entrevista, conforme mencionado, mas de realização de grupos operativos com os trabalhadores do CAPS.

O grupo operativo pressupõe uma teoria e técnica propostos por Enrique Pichon-Rivière (2005), que se caracteriza por centrar-se numa tarefa, tendo um objetivo a ser realizado. É um processo de aprendizagem – entendendo-se por aprendizagem o acontecer da “espiral dialética” ou o movimento dialético que acontece no grupo, uma comunicação efetiva que possibilitaria a saída de uma condição de estereotipia e rigidez em favor da aquisição de novas maneiras de ser,

pensar, sentir, agir, interagir. No grupo operativo as principais contradições que ocorrem no campo de trabalho devem ser resolvidas durante a realização da própria tarefa do grupo (Pichon-Rivière, 2005).

Podem-se descrever (Johnson) cinco etapas ou momentos da operação: a) existência de um estado de dúvida causado pelo problema apresentado; b) estado de tensão ou ação bloqueada; c) emergência subsequente de um problema; d) formulação de uma hipótese; vicissitudes das provas, escolha da mais apropriada; e e) como consequência do manejo de tal hipótese, chega-se à formulação de um conceito que deve representar a forma e o conteúdo mais adequado da resolução da dúvida anterior, numa situação enquadrada no “aqui, agora e comigo” (Pichon-Rivière, 2005, p. 133).

“O grupo é lugar de conversa e de um conhecimento (“aprendizagem”, diria Pichon-Rivière) que se produz no encontro com o outro. Formar um grupo é então dar possibilidade para a conversa e a tensão entre as contradições”. (Castanho, 2012, p. 53). A proposta é dar voz aos trabalhadores e constituir um diálogo, uma conversa – a partir de um disparador ou de uma tarefa explícita – que possibilitará, entre outros aspectos, neste contexto de pesquisa, conhecer melhor a realidade deste trabalho específico, suas dificuldades e desafios e o lugar da clínica nos processos de cuidado desta instituição, tendo em vista que, segundo Fernandes (1989, p. 5), “o lugar que o sujeito ocupa na estrutura institucional, determinado pelas relações de poder, é, por sua vez, determinante da sua condição de liberdade ou aprisionamento (saúde e doença)”. O grupo operativo teria então a tarefa de desvelar o sentido a partir da “multilateralidade das relações.” (Fernandes, 1994, p. 295)

De acordo com a autora,

a teoria pichoniana pensa a instituição a partir dos papéis possíveis de serem vividos (ocupados) na própria instituição. E a partir do jogo de papéis estabelecidos nos grupos, no que diz respeito à sua maior ou menor mobilidade, ou seja, no que diz respeito à possibilidade de serem ocupados por diferentes indivíduos, que ela será investigada. (p. 7)

O grupo operativo, em geral, é composto por até quinze integrantes, um coordenador e um observador, tendo duração de uma a uma hora e meia, aproximadamente. As tarefas podem ser diversas, podendo promover ganhos psíquicos aos seus membros mesmo quando essa tarefa não é a terapia, sendo um

dispositivo que garante a possibilidade de intervenção nos mais diversos campos da vida social. (Castanho, 2012)

O coordenador em geral não participa da tarefa e procura identificar que estruturas vão se constituindo ao longo do processo, buscando verificar o processo dialético do grupo. Se o processo dialético ocorre, o coordenador não tem necessidade de intervir, no entanto, se o movimento se paralisa o coordenador tem a função de restituir o movimento, restabelecer o “ciclo dialético”, que independe do modo de intervenção, mas possivelmente inclui a “explicitação dos conteúdos latentes”, visto que para Pichon-Rivière as “fantasias inconscientes seriam obstáculos a esse movimento” (Castanho, 2012, p. 59).

Para Fernandes (1989), cabe ao coordenador "(...) identificar as fantasias que emergem nesse confronto com as contradições (...) e a função de promover um ajuste entre os momentos de divergência (fragmentação) e de convergência (integração)". (p. 51-52)

Além da tarefa explícita, há, ainda, a tarefa implícita que seria a própria possibilidade do processo dialético acontecer, favorecendo o processo de aprendizagem do grupo, mediante a superação das angústias e da busca de uma epistemologia convergente a partir das convergências e divergências dos ECROs – Esquema Conceitual Referencial Operativo – vigentes no grupo (Pichon-Rivière, 2005).

Diante do processo de paralisação da espiral dialética e do processo de comunicação, o coordenador tem como função empreender uma ação corretora, através da explicitação do implícito. Segundo Pichon (2005), a função do coordenador ou de “co-pensor consiste essencialmente em criar, manter e fomentar a comunicação” (p. 128), sua tarefa fundamental é “dinamizar, resolvendo discussões frontais que ocasionam o fechamento do sistema, podendo-se valer do observador como observador participante em situações em que o fechamento ameaça toda a operatividade do grupo” (p. 128).

O grupo operativo permite a consideração e compreensão das dimensões tanto individuais quanto do grupo enquanto totalidade – que extrapola a soma de seus membros. O grupo, entendido desta forma, se expressa através de

cada um de seus membros, sendo possível ouvir o grupo através da fala e de toda conduta de cada um de seus participantes, cada um comunicando algo de si mesmo e algo da totalidade do grupo, o que seria o conceito pichoniano de *porta-voz* e que não diz respeito unicamente à comunicação oral, mas a tudo que se refere ao grupo e que nele acontece. (Castanho, 2012). Kaës complementa esta ideia falando de diferentes “portadores”, além do porta-voz: as funções fóricas que este fundamenta (Kaës, 2011).

O conceito de porta-voz é muito caro à teoria Pichoniana, sendo este o lugar ocupado pelo doente no grupo familiar - modelo de condição grupal - que se caracteriza como porta-voz de uma questão familiar, seus mal-entendidos. Este membro se torna depositário das ansiedades do grupo familiar, e o grupo, por esta razão, tende a excluí-lo, surgindo o “mecanismo de segregação, (...) [que trata] de afastá-lo, com a fantasia de que, com o desaparecimento dele, desaparecerá a ansiedade” (Pichon-Rivière, 2005, p. 78). As suas relações, uma vez designado doente mental, passam a ser determinadas por esta condição, lhe restando somente esta posição, um papel assumido em situação de emergência, sendo, no entanto, primordial, no que se refere à saúde, o não aprisionamento na rigidez de um papel. A rigidez de papéis e a estereotipia são condições de adoecimento, que indicam a paralisação do processo de espiral dialética. Espiral dialética cuja ocorrência, por sua vez, permite o alcance de uma epistemologia convergente e do aprendizado (Pichon-Rivière, 2005).

De acordo com Castanho (2012), no pensamento pichoniano a estereotipia corresponde ao adoecimento: em contraposição à dialética que é movimento, a enfermidade ou a estereotipia seria a negação deste movimento. Apoiando-se em Bleger (1984), o autor aponta que “saúde psíquica (...) não deve referir-se somente à ausência de patologias, mas é também tributária do movimento da espiral dialética. Fazer com que os papéis circulem dentro do grupo, superar as estereotipias, gerar novas possibilidades de compreensão: essas são as formas que assume a promoção de saúde dentro do grupo operativo” (Castanho, 2012, p. 55).

Desta forma, fazendo-se uma aproximação, podemos pensar a saúde psíquica da sociedade, da comunidade, de um grupo ou de uma instituição,

considerando a sua possibilidade de desprender-se de estereotípias ou do apoio em papéis estigmatizados socialmente em favor de maior movimento e dialética.

É importante, conforme postula Pichon-Rivière (2005), proporcionar que o sujeito, ou a instituição, “não precise recorrer ao emprego de mecanismos defensivos que, estereotipando-se, configurem a doença, e lhe impeçam uma adaptação ativa à realidade” (p. 73).

Para a concretização do objetivo da Reforma Psiquiátrica de um novo modo de cuidado em saúde mental, faz-se necessária a desvinculação do papel social - dos pacientes, trabalhadores etc. - estabelecido pelos hospitais psiquiátricos e instituições manicomiais em favor de um papel mais flexível, sensível e contingente à nova realidade.

Saindo, portanto, de um enfoque restrito de saúde-doença e de uma compreensão estritamente individual, entendendo a condição de adoecimento como uma condição social, temos o grupo operativo como estratégia significativa para a compreensão de tais aspectos e de tais papéis na participação de cada trabalhador no CAPS, na RAPS e na Saúde Mental enquanto instituição.

Desta forma, os grupos operativos se constituem nesta pesquisa como instrumento de pesquisa, como modo de conhecer se e como este grupo encontrou formas de prescindir da clínica tradicional / manicomial e se puderam constituir efetivamente uma clínica implicada com os processos psíquicos e um cuidado antimanicomial, se foi possível a saída da fixação de papéis e o transitar por outros modos de fazer e pensar o cuidado em saúde mental.

Compreende-se que os grupos operativos se constituem também como recursos terapêuticos, visto trazer a perspectiva de saída da condição de adoecimento seja do indivíduo ou do grupo. Dessa forma, podemos supor que a condição de se envolver na tarefa, falar sobre o trabalho e sobre as dificuldades envolvidas nestes podem trazer, efeitos terapêuticos (ou, dito de outro modo, possibilitar a aprendizagem) num contexto institucional ou possibilidades de saídas de condições de estereotípias caso existam, promovendo condições para reflexão e assunção de novos modos de posicionamentos, condições de flexibilidade e mobilidade dialética. Segundo aponta Castanho (2012), seria essa possibilidade de

movimento dialético o que caracterizaria um grupo como grupo operativo de fato, para além de um mecanismo de intervenção simplesmente, não se tratando, portanto, de uma técnica, mas de um modo de compreensão e intervenção no que diz respeito aos funcionamentos dos grupos e seus processos de ensino-aprendizagem e saúde-adoecimento.

Mediante os dados obtidos a partir da análise dos grupos operativos, foi realizada uma análise do material, buscando-se identificar os emergentes do grupo e, a partir destes, realizar uma reflexão a respeito da possibilidade de efetivação da política de saúde mental e a existência de uma clínica que considerasse os aspectos psíquicos no CAPS, constituindo-se como elemento importante para uma reflexão da Saúde Mental enquanto instituição, da qual este CAPS específico é um exemplar.

Tem-se com Pichon-Rivière (2005) que os grupos ou os emergentes nos grupos podem ser pensados a partir de dois eixos: o vertical, que se refere a cada um de seus integrantes e engloba sua história de vida e processos psíquicos, entre outros aspectos; e o horizontal, que diz respeito ao grupo enquanto totalidade (Castanho, 2012).

A partir de tal concepção e da proposta e método de pesquisa e partindo-se de uma proposta de análise que considere a dimensão institucional – que não busca, portanto, qualquer consideração ou análise sobre seus membros individualmente – identifica-se, inicialmente, duas categorias principais de análise dos dados. A primeira, correspondente ao eixo vertical, poderíamos compreender como relativa ao grupo de trabalhadores do CAPS, cuja análise pode possibilitar a compreensão de como se dá a constituição deste grupo específico e deste CAPS em particular a partir da contribuição e participação de cada trabalhador. A segunda, correspondente ao eixo horizontal, é relativa ao grupo de uma maneira mais abrangente, que remete à participação destes trabalhadores e do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na Saúde Mental em sua dimensão institucional, remetendo, portanto, à Política Pública e à Saúde Mental enquanto instituição.

Com Bleger (1998), temos que um grupo é uma instituição complexa, sendo um conjunto de instituições. Conforme ocorre com as organizações, podemos pensar que também no CAPS, os conflitos e questões

suscitadas em níveis superiores se manifestam em níveis inferiores; desta forma, questões relativas à Saúde Mental enquanto instituição podem atravessar os grupos que se formam em seu interior, sendo possível acessar algo deste âmbito maior no CAPS ou, dito de outra forma, podendo emergir questões deste âmbito no grupo operativo realizado no CAPS.

Pichon-Rivière (2005) ressalta que as ideologias são um ponto importante de análise, sendo “uma tarefa implícita na análise das atitudes e do esquema conceitual, referencial e operativo (ECRO)” (p. 129), pois se constituem como um “fator fundamental na organização da vida” (130). “Ao funcionar de uma maneira mais ou menos inconsciente, essas ideologias constituem barreiras que impedem a irrupção de soluções novas (soluções estas que aparecem sob a forma de emergentes com características de descobertas ou de invenções)” (p. 131), inibindo o processo de aprendizagem e o pensar. É fundamental ainda poder identificar as ambiguidades que se apresentam e analisá-las, visto que as ideologias frequentemente não formam um todo coerente.

As ideologias sendo em grande parte inconscientes não se apresentam de maneira explícita, mas estão sempre operantes, tornando-se necessária a análise de sua “infra-estrutura inconsciente. As ideologias são formuladas em palavras; portanto, a análise das palavras ou da linguagem, análise semântico-semantística, constitui, além da análise sistêmica, uma parte fundamental na investigação das ideologias” (Pichon-Rivière, 2005, p. 130).

Conforme combinado com o grupo participante da pesquisa, foram realizados três grupos operativos no CAPS, de 1h30 de duração cada aproximadamente, para os quais foram convidados todos os profissionais que compunham a “equipe técnica” (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem), ou seja, aqueles que têm como função no seu exercício profissional o cuidado direto com os usuários do serviço, ficando a participação condicionada à escolha de cada trabalhador.

Procurou-se, no entanto, estimular a participação de todos, visto que, conforme apontado, o grupo operativo não se caracteriza por ser uma técnica simplesmente, muito menos uma técnica de coleta de dados, sendo um instrumento

que pode servir para obtenção de alguns dados sobre essa experiência, mas que potencialmente pode possibilitar um processo de saída dialética de condições estereotipadas e o favorecimento de processos de aprendizagem que caminhem no sentido da comunicação e de uma epistemologia convergente. Sendo assim, compreendeu-se este grupo como uma possibilidade para a equipe do CAPS em questão - embora não fosse o objetivo desta pesquisa - buscar compreender algumas de suas questões e dificuldades, buscando-se constituir, de fato, um grupo operativo – o que, por sua vez, vai ao encontro da proposta de pesquisa ao denominarmos pesquisa-ação.

A fim de favorecer a participação de todos ou da maioria dos trabalhadores, os grupos foram realizados no período das 12:30 às 14:00 a fim de tornar possível a participação dos profissionais dos dois turnos de trabalho: manhã e tarde. Efetivamente, os grupos contaram com a presença de seis a sete trabalhadores em cada encontro, com formações diferenciadas, constituindo-se como um grupo misto e multiprofissional.

A pesquisadora exerceu a função de coordenadora do grupo e contou com a participação de um observador – conforme estabelece o método de Pichon-Rivière – que participou de todos os grupos, anotando as falas dos participantes e suas impressões a respeito do movimento do grupo, promovendo uma análise do mesmo a partir da Psicanálise e da teoria Pichoniana de grupos operativos.

Ressalta-se que o observador possuía formação em Psicanálise, prática com grupos operativos e conhecimento da teoria de Pichon-Rivière, sendo também um trabalhador de saúde mental que ocupou funções relativas a atendimento clínico em atenção básica e na área de gestão de CAPS no âmbito do SUS e tinha conhecimento da proposta de pesquisa.

Entre uma sessão de grupo e outro, coordenadora e observador conversavam a respeito das suas impressões e análises do movimento do grupo, tendo essa organização uma inspiração na Experiência de Rosário²³ realizada por Pichon-Rivière.

²³ A Experiência de Rosário foi a experiência grupal de Pichon-Rivière realizada na cidade de Rosário na Argentina em 1957, que deu origem ao que ele denominou posteriormente de Grupo Operativo.

Os grupos foram gravados em áudio e posteriormente transcritos para maior fidedignidade dos dados para o contexto de análise por se tratar de uma situação de pesquisa.

Em momento anterior ao início dos grupos, num encontro entre a pesquisadora e os trabalhadores, foi estabelecido um enquadre que englobou a explicação do que consistia a proposta de grupo operativo de Pichon-Rivière e qual objetivo da realização deste grupo específico. Foi explicitada sua função na pesquisa e a possibilidade de benefício para o grupo, bem como foram estabelecidas as datas e horários para a realização dos grupos. A explicação do enquadre estabelecido foi retomado ao início de cada grupo, bem como a descrição da tarefa do grupo operativo - que foi exposta aos participantes a partir do primeiro grupo.

O grupo teve como tarefa explícita a discussão do cuidado oferecido pelo CAPS a partir do seguinte enunciado: “Gostaria que vocês destacassem os pontos que consideram relevantes para o desenvolvimento do cuidar no CAPS”. Estabeleceu-se esta tarefa por compreender que ela poderia proporcionar abertura para discussões a respeito da dimensão da clínica, sobre como compreendem os casos clínicos e o que levam em consideração para pensar o manejo das situações que comumente ocorrem num CAPS, como situações de crise etc.

A coordenadora tinha para si algumas questões que não foram explicitadas, mas compreendendo que poderiam surgir como emergentes no grupo ou se constituir como pontos que necessitariam de intervenção: se considerarmos que na história da saúde mental a qual tinha como ponto central o manicômio, hospitais psiquiátricos, existia uma clínica tradicional e se a perspectiva atual é a da Reforma Psiquiátrica, qual é a clínica que se faz hoje? Há uma clínica antimanicomial? Como o grupo entende o processo de adoecimento dos usuários e os processos de cuidado? Como e por quê as pessoas adoecem? Qual é a função do CAPS e seus trabalhadores no processo de cuidado com relação a estes aspectos?

Estabeleceu-se a realização de três grupos operativos com os profissionais do CAPS que consentissem sua participação na pesquisa a serem realizados com o intervalo de, no máximo, uma semana entre eles - o que ocorreu. A

designação de três grupos deveu-se à compreensão de que a realização de um ou dois grupos seriam insuficientes para a proposta da pesquisa e para favorecer um contexto de aprendizagem e transformação social - conforme as propostas da pesquisa-ação e de grupo operativo - e que a determinação de mais sessões seriam de difícil realização, por interferir nas demais tarefas do CAPS, compreendendo-se que poderiam desfavorecer a participação dos trabalhadores devido às outras demandas que frequentemente surgem neste contexto de trabalho (situações emergenciais, usuários em crise etc.), dificultando a participação por um período mais longo. Compreendeu-se que a realização de três grupos poderia contribuir para a pesquisa e para o processo do CAPS, favorecendo-se o investimento dos profissionais na participação e desfavorecendo o absenteísmo na participação dos grupos.

No contexto de apresentação da pesquisa - prévia ao início dos grupos - houve questionamento de uma trabalhadora de outro equipamento que participava de maneira eventual daquela reunião com relação à possibilidade de continuidade do grupo operativo para além destes três encontros. A pesquisadora afirmou que se houvesse interesse do grupo poderiam pensar em uma continuidade tendo como objetivo um espaço de reflexão, metabolização sobre as práticas no CAPS e não mais como contexto de pesquisa, ficando aberta a tal possibilidade, caso o grupo se manifestasse nesse sentido.

Considerando a proposta desta pesquisa, os dados sobre os quais se pretendeu se debruçar, considerar e analisar, dizia respeito às questões institucionais relativas à saúde mental, representada pelo CAPS, e seus processos e não a aspectos individuais dos participantes envolvidos. Tratou-se portanto de uma proposta de buscar pensar a instituição a partir da Psicanálise, da Psicologia Social e das Políticas Públicas, propondo-se, assim, a realização de uma análise institucional da saúde mental, que considerasse a incidência da clínica.

Com relação às Políticas Públicas tem-se como suporte as referências, legislações e diretrizes pertinentes à área da Saúde Mental, em especial a lei 10.216/2001 e portaria 3088/2011, entre outras. Com relação à Psicanálise e à análise da Saúde Mental enquanto instituição partiu-se das contribuições especialmente de Gaillard e de Kaës (discutidos no Capítulo 2 e 3, respectivamente)

e no que diz respeito à Psicologia Social teve-se como referência principal as contribuições de Enrique Pichon-Rivière (conforme abordado neste Capítulo).

Pichon-Rivière (2005) aponta que os sistemas referenciais nos grupos são investigados no que diz respeito à sua estrutura interna, que seria a análise intra-sistêmica, mas também no que diz respeito à sua relação com outros grupos (análises intersistêmicas). Nesta proposição Pichon considera a dimensão institucional, mas não a desenvolve.

Diante da proposta de pesquisa, cabe pensar então como, a partir da participação nos espaços coletivos de discussão e elaboração, seria possível produzir uma análise institucional (ou análise da dimensão institucional)? Como seria possível articular os dados coletados para desvelar o que se pretende? Pensando em tal dimensão, recorre-se a Kaës, que fornece embasamentos importantes para pensar e compreender a dimensão institucional, conforme discutido no Capítulo 3.

Dessa forma, com Kaës, tem-se que os dados obtidos através dos grupos operativos realizados dizem respeito à instituição e podem dar a ver - caso se possa promover uma escuta - os sintomas, angústias, dificuldades, contratos, pactos e desejos institucionais - do CAPS e da Saúde Mental enquanto instituição.

Uma vez que os sujeitos e as instituições são atravessados por uma série de instituições, conforme a postulação de Kaës (2002) e Bleger (1998), a possibilidade de um olhar sobre o CAPS como equipamento representativo da saúde mental enquanto instituição e política pública, nos permite fazer considerações não somente sobre a particularidade desse CAPS, mas sobre a instituição Saúde Mental, objeto dessa pesquisa e, possivelmente, sobre outras instituições que o atravessam, tal como o SUS, dimensões de políticas diversas etc.

CAPÍTULO 5

A realização dos grupos

Buscará se promover agora a apresentação dos dados encontrados a partir da realização dos grupos operativos. A análise supõe pensar a saúde mental enquanto instituição, da qual o CAPS é um representante e um “porta-voz”. A transcrição dos áudios dos grupos operativos encontram-se na íntegra no apêndice deste trabalho (Apêndice B).

Contudo, antes de se debruçar sobre os Grupos Operativos em si, faz-se pertinente a retomada do momento de explicação da pesquisa e os primeiros momentos com o grupo, antes da ocorrência dos grupos operativos.

5.1 Apresentação da pesquisa ao CAPS e o processo de aceitação de participação na mesma

A pesquisadora apresentou a proposta de realização da pesquisa no CAPS, como entrevistas individuais com os trabalhadores que se interessassem em participar. Conforme já mencionado, o grupo de trabalhadores se manifestou aceitando a participação na pesquisa neste momento, mas apontando o interesse de que as entrevistas fossem realizadas coletivamente.

Compreendeu-se como pertinente ao trabalho a proposta de coleta de dados a partir de situação grupal. Foi apresentada, dessa forma, nova proposta de realização da pesquisa segundo a perspectiva de execução de grupos operativos com os trabalhadores.

A pesquisadora realizou a apresentação desta nova proposta em uma das reuniões de equipe que aconteciam semanalmente no equipamento a fim de que os trabalhadores pudessem consentir ou não com sua participação. Ao introduzir o conceito de grupo operativo e de tarefa, os trabalhadores questionaram sobre qual tarefa seria essa. Ao explicar que a tarefa seria proposta no dia do grupo

operativo para que pudessem trabalhar sobre a mesma, os trabalhadores, através de algumas pessoas que se fizeram porta-vozes do grupo, insistiram na sua proposta de que a pesquisadora lhes contasse qual seria a tarefa do grupo, pois assim poderiam “se preparar melhor” para a participação no grupo operativo. A pesquisadora compreendeu que havia um movimento no grupo de persecutoriedade, por esta razão, explicou que a proposta era de uma construção do grupo a respeito da tarefa no momento do grupo operativo propriamente e que não partia do conceito de certo e errado e portanto não exigia uma melhor preparação para a participação no mesmo. Após um período de silêncio e como o grupo não se posicionou nem a favor nem contra a participação na pesquisa, a pesquisadora se dispôs a comparecer um outro dia na reunião para apresentar mais detalhadamente a pesquisa e a proposta de grupo operativo, o que o grupo concordou.

Num terceiro momento então, a pesquisadora compareceu ao momento de reunião de equipe e apresentou sua pesquisa em linhas gerais, mas de maneira mais detalhada. Explicou mais detidamente o que seria o grupo operativo, quem foi o fundador desta proposta e a experiência de partida do grupo operativo: A Experiência de Rosário. Clarificou ainda a relação da pesquisa e desta proposta de grupo operativo com a perspectiva da Psicologia Social e sua vinculação com o Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO/USP). O grupo declarou sua melhor compreensão sobre o trabalho e as pessoas pareceram tranquilizar-se diante desta nova apresentação e consentiram com a participação na pesquisa. Pactuaram assim, de comum acordo, dias e horários para a realização dos grupos operativos.

5.2 A negação²⁴ da clínica como pacto denegativo na Saúde Mental: análise dos emergentes e processo grupal

O grupo se inicia com a seguinte tarefa proposta: “Gostaria que vocês destacassem os pontos que vocês consideram relevantes para o desenvolvimento do cuidar no CAPS”.

Os participantes chegam com atraso, com afirmações de que haviam esquecido do grupo, que se inicia com atraso superior a 30 minutos. As pessoas que chegam conversam sobre assuntos aleatórios enquanto se espera a chegada dos demais. A decisão de aguardar a chegada dos outros participantes se deu, especialmente, por ser o primeiro dia de grupo e para que todos pudessem estar presentes para a retomada do enquadre de trabalho, que seria realizado mediante o grupo operativo, e para a designação da tarefa, até então desconhecida.

No horário estabelecido para o início do grupo, ainda sem a presença de nenhum dos participantes, foi providenciado o início da gravação de áudio - o que já havia sido contratado com o profissionais, no momento de apresentação da pesquisa -, por uma questão de cuidado para com o dispositivo de pesquisa²⁵. Esse movimento tratou-se de mais um elemento relativo à garantia das condições necessárias para que o grupo e a pesquisa pudessem acontecer: presença de coordenador e observador no horário combinado, preparação da sala, com organização da disposição das cadeiras em forma de círculo, garantia de local adequado ao observador fora da roda do grupo, disposição de mesa ao centro para posicionamento do gravador e acionamento do mesmo a fim de garantir a gravação de áudio, necessária à situação de pesquisa, para posterior transcrição.

No início, após a designação da tarefa, o primeiro movimento do grupo diz respeito a falar da gravação e questionar se o gravador já posicionado

²⁴ Negação enquanto uma não-aceitação da clínica e dos processos psíquicos grupais e institucionais, conforme a definição de Michaelis (2017) e não na perspectiva psicanalítica da “negativa” de Freud (1925/1996e).

²⁵ Contudo, as transcrições de áudio se limitam ao período entre o início e término dos grupos operativos. Dados anteriores ou posteriores poderiam ser utilizados na pesquisa de maneira qualitativa, mas não foram incluídos como dados de análise inicialmente, nem constam na transcrição, uma vez que se apresentaram fora do dispositivo de coleta de dados, fora do enquadre estabelecido para a pesquisa.

estava gravando. Após a confirmação, o grupo reagiu com certo susto e agitação, o que levou a pensar numa certa condição de persecutoriedade, visto já ter aparecido esse elemento no processo de apresentação da pesquisa. Esse elemento também se fez presente em outros momentos, inclusive nos momentos finais do último grupo realizado e em momentos extra-grupos. Logo no início do primeiro grupo, eles perguntam sobre a defesa do mestrado, dizendo que irão com faixas e outros paramentos, sugerindo a necessidade de uma defesa - da pesquisadora - diante de possíveis ataques. Mas a depender do que seria dito na tese, a pesquisadora poderia, por outro lado, ficar numa condição de atacada por eles. A condição de violência e uma análise maniqueísta se faz presente, apresentando uma condição possivelmente de que: ou se fala o que é permitido e pode-se contar com a defesa do grupo; ou se fala de algo que não é permitido e vai sofrer um ataque.

Neste momento, nos encontramos na pré-tarefa, segundo a compreensão pichoniana, que consiste na impossibilidade num processo grupal de ligar pensamento a um objeto, permanecendo a angústia. Tal condição de atraso e esquecimento do enquadre estabelecido para a realização dos grupos sugere um ataque ao vínculo, possivelmente relacionados a angústias persecutórias.

Kaës (2002) sugere, no âmbito institucional, que a tarefa primária evoca investimentos psíquicos específicos que podem mobilizar defesas a perigos reais e imaginários à realização da tarefa primária, inclusive, transformando a organização institucional para proteger seus membros da realização destas. Seriam essas ameaças um modo do grupo projetar no grupo operativo, na pré-tarefa, as dificuldades de lidar com a tarefa primária?

P7: Quando você vai defender?

Fernanda: Fevereiro... Março!

P7: Nós vamos de bumbo, de bandeirão... vuvuzela...

(...)

P2: Porque dependendo do que tu fala, tu vai sofrer com nós, hein?! (*risos*)

(*risos*)

Com Kaës (2002), podemos supor a angústia persecutória como um efeito de resistência para se pensar a instituição, sendo um indicador de intolerância ao heterogêneo e na aceitação de interferência de lógicas diferentes.

As ameaças aparecem em diversas falas ao longo dos três grupos e são provenientes - segundo a compreensão do grupo - do Judiciário, da própria sociedade e do Ministério da Saúde. O medo se faz presente em muitas falas e em momentos diferentes dos grupos:

P3: É, eu acho que a proposta toda de saúde pública é de produção.

P2: Mas a gente...

P3: Eu vejo que ela é... Ela deixa de ser produção quando você inscreve o cuidado dentro de projetos... projetos específicos. Então projeto de cuidado em rede, isso valida... isso tá validado aqui. Agora... que o Ministro tá com um papo aí de que CAPS não é resolutivo... Sentou lá com o Secretário de Saúde do Estado e... hum, hum, hum...

P2: Mas por outro viés, né? Por outras argumentações e por outros desejos.

P3: Eu tô com uma paura desgraçada dessas conversa.

Parece haver neste recorte um esboço de uma condição de sofrimento denunciada pela confusão dos níveis lógicos institucionais, que segundo Kaës (2002) diz respeito à patologia do inextrincável, relativo a situações nas quais prevalecem elementos confusos ou indiferenciados.

Frente às ameaças parece ficar muito difícil reconhecer as dificuldades e falhas das estratégias implementadas e estabelecer um pensamento e reflexão sobre elas, o grupo vai frequentemente num movimento de se validar:

P7: ... de que a gente respeita a loucura dela. A gente fala: "B., olha a tua vida, B. ...", né? Mas a gente respeita a loucura dela, né? Ela vem aqui louca, com o pé quebrado, fedida, mas ela vem aqui, né? Isso quer dizer alguma coisa, né?... do *nosso trabalho*, não é do trabalho de um ou de outro... do *nosso trabalho*, né? É... o que que... o que angustia é que o medo, o tempo todo... e... e... e... P4, eu acho que ela... ela... ela... foi a primeira vez que eu vi P4... eu tenho uma porrada de tempo de saúde mental, mas a expressão capscômio... foi a primeira vez que eu ouvi, foi da tua boca.

P1: É! Eu também.

P7: ... Da gente não virar capscômio!

P4: ... mas a gente... é o que mais tem! Mas a gente bancou muito não ser aqui!

P7: Eu lembro... eu lembro quando o pessoal da rede preceptora veio pra cá, e... e... eles disseram pra nós, assim, quando a gente foi pra T²⁶, eles falaram assim pra gente: "A primeira turma quando voltou, disse assim: eles não tem nada lá!

²⁶ Nome de cidade, subtraído para preservação do sigilo.

Eles fazem milagre com nada". Aí eu falei assim: "Como assim com nada?". Aí a gente foi ver a rede deles... meu, os caras tem uma infraestrutura animal!!

Tal como exemplificado no trecho acima emerge uma questão novamente de confusão lógica. Apesar de parecer que vão num sentido de aproximação da existência de um sujeito do inconsciente e, portanto, do grupo e da instituição - conforme Kaës (2002) - na relação com o trabalho da equipe, surge algo da angústia, que não pode ser falada. Diante da angústia, muda-se de assunto, promovendo-se uma defesa diante do irrepresentável.

Evocam uma fantasia sobre o significante capscomio, que designa um ideal e um não permitido no âmbito ideológico - fazer do CAPS um manicômio -, indicando e conduzindo assim para uma diretriz de práticas "sociais", que estão ligadas às ações conscientemente estabelecidas e que não levam em consideração - por si só -, portanto, a dimensão inconsciente, a questão grupal e institucional, os medos e as angústias.

No processo de trabalho do grupo operativo sobre a tarefa proposta aparecem alguns emergentes, significantes que marcam o movimento grupal e surgem e ressurgem de maneira marcante ao longo dos três encontros.

O primeiro emergente é o "*cuidado em liberdade*". Percebe-se que o cuidado em liberdade aparece como signo que pretende designar uma unanimidade. Não há, em momento algum, qualquer questionamento, detalhamento ou discussão do que seria o "*cuidado em liberdade*", eles retomam algumas estratégias e ações que realizam em seu cotidiano de trabalho, mas o termo em si aparece como se designasse algo de forma unânime, como se não necessitasse de apresentações ou explicações. O termo fala por si, mas parece carecer de significado e o grupo não especifica exatamente que cuidado é esse. É um termo muito marcante no grupo e parece se constituir como a própria designação do trabalho que fazem.

Constitui-se, ao longo dos grupos como uma espécie de marco que determina um dentro e fora - dentro e fora de uma perspectiva ideológica - conforme uma concepção maniqueísta mencionada, os dois lados da condição de violência: a proteção ou o ataque. Estar sob o signo do cuidado em liberdade - ou em consonância com a perspectiva ideológica - é poder ser foco de proteção ou, caso

contrário, fica-se passível ao ataque, tal como sugerem à pesquisadora - conforme trecho já citado - a depender do que vier a falar na pesquisa: estará marcada como de um lado ou de outro.

Enquanto a liberdade e o “*território*” se constituem como emergentes, o grupo vai apontando paradoxalmente em suas falas uma perspectiva de falta de liberdade dentro e fora do CAPS, indicando instituições externas, condições sociais e culturais que sugerem pouca possibilidade de liberdade para o trabalho. A respeito do território falam constantemente da importância de ações neste espaço, e da potência desta estratégia, que é designada como “tecnologia de ponta”, mas o grupo dá indícios constantes das falhas e dificuldades que se deparam neste trabalho - não sendo possível, no entanto, refletir sobre isso. Indicam situações nas quais ficam limitados pela condição de seus interlocutores - população e trabalhadores - buscarem algo num sentido diferente daquilo que eles pretendem oferecer. É algo da falha, da falta e do que não é possível articular que emerge - aspectos, contudo, que não podem ser pensados e que diz respeito ao sofrimento do inextrincável, conforme Kaës (2002).

A *violência* aparece como mais um emergente, que não cessa de se repetir, juntamente com descrições de situações de distanciamento e violência entre as pessoas da rede, indicando novamente essa condição de algo que falha institucionalmente. No entanto, não é possível pensar sobre isso a não ser como proveniente do outro, de algo externo ao grupo e à instituição: um outro “fascista” - termo que traz em seu bojo dimensões ideológicas (da Reforma Psiquiátrica e da militância da Luta Antimanicomial), com um colorido político (direita *versus* esquerda).

P7: (...) Então assim, eu acho, eu sou um puta defensor da reunião de rede, participo, banco, desde o início, mas eu acho que a gente tá pecando porque a gente não está acessando os setores mais fascistas do... do... do... do setor público, da sociedade, que é isso... que é judiciário, que é alguns setores da... da... da assistência... Eles falam de vim... às vezes a gente até dá graças a Deus, né? Fala: “Ah, o CREAS não tá vindo mais na reunião de rede, graças a Deus”, né? Porque é pau! É pau! É enfrentamento *difícil*, né? E... e... es às vezes a gente acha que se sente meio que exaurido de falar: Meu, eu não sei mais o que falar pra esse sujeito pra dizer que ele é fascista.

A questão do tempo e de um *imediatismo* aparecem, como emergentes, muito intensamente no grupo, ficando o CAPS num lugar de cobrança, de ter que dar respostas imediatas à rede, que cobra seus profissionais de maneira incessante e violenta. Cobrança que sugere a importância desta instituição exercer sua função, sua tarefa primária e faz questionar se o têm feito.

P1: Eu acho que a P5, né P5? Acho que a P5 tá querendo falar alguma coisa

P3: Fala P5.

P1: Fala P5, que eu acho que é o que a gente compartilha disso. A gente não tá na cúpula médica! Aí nas discussões médicas... mas a gente tá na discussão do dia-a-dia. A... a... a... a sociedade, é... os colegas de trabalho, né, eu num tô falando colegas CAPS que entendem bem a rede, mas... por exemplo, assistência, o Fórum... Eles cobram da gente essa tecnologia imediata... o tempo inteiro, né?

P7: Esse controle de corpos! Controle de corpos! Controle de corpos o tempo todo! Controle de Corpos!

P1: ... esse controle de corpos! Essa resolutividade... a gente...Ah! Visita. Cê foi? Tá, não resolveu nada, ele tá lá do mesmo jeito.

A proposta para dar conta da cobrança indica uma compreensão que não abarca o aspecto psíquico, o inconsciente e as dimensões grupais e institucionais. Compreendendo que o problema está no outro - que é "fascista" -, sugerem a necessidade de participar dos espaços do território, buscando-se uma resolutividade pela presença demarcada e pela disseminação de uma compreensão sobre a loucura - que está intimamente relacionada à perspectiva ideológica da Reforma e da Luta, aspectos que dizem respeito à dimensão consciente, com características de objetividade e concretude: diretriz de vida em liberdade e de circulação pelo território tanto para o usuário quanto para a equipe.

O mandato ideológico do CAPS de circular pelo território em liberdade e - seu desdobramento - da equipe estar "fora do CAPS" parece designar uma espécie de antídoto que o impediria de se tornar "Capscômio". Tal concepção sugere uma compreensão quase concreta do manicômio enquanto paredes e impedimentos de circulação por outros espaços.

Surge ainda uma mistura entre CAPS e RAPS²⁷ - que sugere novamente a patologia do inextrincável apontada por Kaës (2002) - na impossibilidade de diferenciação, como se CAPS e RAPS tivessem a mesma função e tarefa primária, desconsiderando-se assim a dimensão institucional do CAPS. Tal condição é sugestiva de um sofrimento institucional relacionado à tarefa primária:

P1: E eu acho que a gente precisa é... participar mais dos espaços de... que nem a P2 falou, tem que ir pro território... acho que a gente tem que ir pro território, acho que a gente tem que apoiar, por exemplo, espaços como núcleo de violência, que eu fui... e juro pra vocês: se aquele é um espaço de enfrentamento à violência daquela forma eu tô muito preocupada.

P2: (risos)

P1: Eu tô com medo da minha violência. Porque eu não achei nada um espaço de... de enfrentamento à violência. Eu juro pra vocês. Eu tô... eu estou preocupada!

P3: Mas o que você achou?

P1: Eu estou preocupada.

P3: Fala o que você achou!

P1: Não é P5? Eu acho, inclusive, que a gente poderia... é que a gente não tem perna de estar...

P3: Mas o que você achou que era tão assim?

P1: Eu achei que é um espaço ao contrário do que ele se diz, que ele se propõe. Pelo menos no momento que eu participei essa é a minha visão.

P3: Por que? É um espaço de violência?

P5: Na verdade eu acho que....

P1: (riso)

P5: ...Como a gente foi lá pra apresentar o CAPS, o CAPS é extremamente cobrado, né?

P4: Sim!

P5: Então assim, né, o CAPS ele é sempre cobrado! Justamente sobre isso que a gente tá falando aqui.

P1: É.

²⁷ Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela portaria 3088/2011 e que engloba diversos serviços e estratégias da Saúde Mental (Atenção Básica, Centro de Convivência, serviços de urgência e emergência, iniciativas de geração de trabalho e renda etc.) e da qual o CAPS faz parte como um dos pontos de atenção da Rede.

P5: Porque a gente não espera, a gente vai lá e faz, a gente corre atrás, né, a gente está sempre uns passos adiante. E aí as pessoas acabam se acomodando de que ó... o CAPS resolve, né, isso já é uma praxe entre os familiares, os nossos usuários... de alguns usuários. E isso infelizmente acaba se estabelecendo no intersector também. Então assim, as coisas que naturalmente não seriam uma demanda para o CAPS, passam a ser porque ó... ninguém conseguiu resolver... então o CAPS resolve! E aí quando nós fomos apresentar...

P2: E não resolve não pro cê vê!!

P5: Ai nós fomos lá falar da RAPS porque na verdade eles queria falar do CAPS... eu já sabia qual era a intenção que era dizer: "Olha, porque tem autistas, porque tem isso, porque tem aquilo, porque tem aquilo..."

P3: Mas isso era encaminhamento de violência?

P5: E a gente...

P2: Era as apresentações dos serviços.

P1: (riso)

P5: Aí nós fomos lá apresentar, eles queriam que apresentasse o CAPS justamente pra cobrar que a gente atendesse coisas, que são...que são as coisas que... "aspas"... dão trabalho, né? Aí eu fico pensando: Nossa, eu ingênua achava que eu vinha aqui pra trabalhar, mas tudo bem.

P1: (riso)

P5: É... então, né? Então a gente foi lá, a gente apresentou... ela se impactou porque ela nunca foi lá, né? Mas como eu já fui várias vezes lá e já fui cobrada, cobrada, cobrada, aí eu retorno, né?

P1: Eu nunca fui, fiquei agoniada...

P3: Gente, porque o pedido é... Pega a batata e segura. O pedido é esse: "Ó, isso aqui é uma batata, segura a batata". Então... tá em crise, tá doido, tá varrido, tá... sei lá eu o que que tá... tá esquisito, tá... é... Tó! E tó!

P2: E uma coisa que... e... e...

P3: Tem uma visão de que o CAPS é o lugar do "tó"! E tó porque a gente fica, né?

Emerge a questão de um *lugar sacrificial* e uma *posição heróica* do grupo, necessidade de dar conta de tudo e não ter condições fazê-lo.

P3: O que eu acho é que a gente... a gente, não tem todos esses braços, né, mas a gente tenta. Então a gente tenta fazer que nem um polvinho, né, põe uns oito braços pra fora, mas a gente tem que botar um monte de dedos nos bracinhos porque o território é muito grande, né? E aí eu acho que....

P1: Não é P5? Eu acho, inclusive, que a gente poderia... é que a gente não tem perna de estar...

P2: Pra mim o que seria importante é a gente conseguir ter braços e pernas pra fazer uma condução melhor.

Ainda numa posição sacrificial, emerge no grupo algo indicativo de um sofrimento relacionado à manutenção dos espaços psíquicos, aspecto que se dá a ver na condição da indiferenciação entre os participantes do grupo, que - em trechos acima e em diversos momentos ao longo dos três grupos - por vezes não completam uma sentença ou uma ideia por si. Tal condição é sugestiva de uma impossibilidade de sustentar as diferenciações entre cada um e entre as especificidades profissionais possivelmente. Falam todos como se fossem um, não mais através da função de porta-voz do grupo, mas na indiferenciação e na uniformidade que apaga diferenças. Em alguns trechos, uns nitidamente completam as frases dos outros. É um índice que sugere a impossibilidade de cada um pensar e falar por conta própria. Levando em conta os demais pontos já discutidos, pode-se considerar que falam pela instituição CAPS na condição de indiferenciação e mediante os atravessamentos institucionais a que estão sujeitos: novamente a Reforma, a Luta e grupos partidários (esquerda *versus* direita), dentre aqueles identificáveis no grupo operativo - além de outros possivelmente, não destacáveis na situação restrita destes três encontros de grupo operativo.

P5: ... né? Então assim... é... e... e... às vezes eu noto que não pode acontecer absolutamente nada da nossa vida pessoal... né? Quando a gente foi apresentar a RAPS no núcleo de violência eu fiquei *super* mal porque o filho da P1 tava adoecido... ela largou o filho adoecido pra eu não ir sozinha! Eu fiquei super mal com essa história, percebe? Então... nem na nossa vida pessoal pode acontecer nada. Amanhã... que a minha cachorrinha fique bem porque se ela não tiver legal, ela vai ter que ficar sozinha porque eu vou ter que vir aqui porque é dia do meu grupo e não vai ter quem ajude, quem faça.

P7: A gente...

P1: É, antes a gente tava organizado de uma outra forma, que... aconteceu o carro quebrou... tinha como... hoje...

P2: É, é isso, é... aumentou... a gente... a gente... a gente usa muito... o nosso olhar... ele mudou pra... bom... pra bom... porque acho que a gente...

P5: Que a gente acredita...

P2: ... que a gente acredita...

P5: ... mas só que chega uma hora que a gente percebe que não tem pernas nem braços... pra tudo isso...

P3: ... isso, né? Então eu acho que a gente... a gente tá construindo tentáculos, né?... assim... braço e perna a gente não tem mesmo, mas a gente tá esticando... né?... é... e aí... é... não sei né?... às vezes eu escuto vocês falando, eu também tenho um pouco essa frustração, né, que a gente é cobrado lá do outro lado e o sujeito do outro lado não... não... não se apropria... junto com a gente desse manejo, desse saber, né? E aí você não... você tem que estar porque se você não estiver, o sujeito lá não banca o fazer.

P2: Eu tô vivendo neste momento isso!

P3: Então fala... Então isso... isso... eu fico assim...

P2: Não... eu não tenho o quer falar... mas assim... é... é... viver isso é... é... você precisa estar lá pras coisas acontecerem, quando você recua um pouquinho parece que os cabelos se arrancam, né, então... (*risos*)... é...

P4: Nooooossaaa!

P3: Os cabelos se arrancam... (*riso*)... é ótimo!

P1: As pessoas são...?

P2: ... as pessoas... né?... e... e... tudo bem, tudo bem. Como que a gente também faz pra conseguir deixar com que eles façam e a gente possa recompor... porque o negócio continua, né?... fervendo a todo vapor! E aí também chega o momento que ir... você também não quer mais... porque você tem que ser, cê vai ser... né...

P3: Linhada.

P2: ... o pilar, né?... cê vai ser o pilar, né?... cê vira o pilar lá e o pilar aqui, né?

A relação entre os equipamentos e serviços da rede aparece como sendo fortemente violenta, implicando em situações de sofrimento.

P3: Aí assim, mas... é... onde é que tá? Então assim, a gente... a gente tem uma escuta qualificada, a gente tem construção de rede... a gente constrói rede com outros equipamentos de saúde... Isso fortalece... Isso que você acabou de falar, essa descrição que ela deu da reunião de rede 2 ... Eu lembro do ano passado a reunião de rede 2 era um...

P4: Nooooosssa!

P3: Era só pancadaria, né?

P4: Era uma apreensão. A gente sofria quando vocês começavam a falar da reunião de rede 2... eu....eu...

P7: Era uma caça às bruxas.

P1: Era uma caça às bruxas...

A dualidade e rivalidade entre serviços, que aparece na condição de violência, emerge numa fala que indica o próprio CAPS nesta posição.

P1: Desculpa te cortar... E só pra dizer... e só pra dizer, gente, que... assim, eu acho que a gente também tem que sair dessa ideia de que "eles e o CAPS", "eles" estão dizendo do CAPS. Porque a gente também diz deles... Humm... vamo falar sério: a gente também diz. A gente também diz que "a atenção isso, a atenção aquilo"... Eu acho que a gente tem que tá lá porque... Uma vez eu fui numa festa com um amigo, a gente estava descendo a escada e ela falou: "Me dá a mão porque se a gente cair, um não ri do outro." Vamo ri nós dois. Aí eu falei: "Tá bom". Eu sempre me lembro disso. Então se a gente dá as mãos nenhum vai falar do outro, porque tamo junto!! Cê vai falar de mim, por quê? Né? Cê vai dizê de um usuário que tá aqui junto com você? Que a gente atende junto? É nosso usuário! A gente tá junto, aqui.

P4: Interessante!

O emergente da *falta de "braços" e "pernas"*, com frequência aparece como algo literal: braços e pernas de mais trabalhadores, compreendendo-se como dificuldade desse CAPS a falta de RH. Surge a menção de outros aspectos que dizem respeito à organização do trabalho e questões de ordem técnica, mas o grupo não sustenta essa discussão, que se interrompe, sendo retomados outros emergentes, especialmente o "cuidado em liberdade", "território", "loucura em trânsito". Não parece muito possível o grupo promover uma reflexão e discussão a respeito das práticas que conduzem. Diante das dificuldades, não há formulação de qualquer questão que possibilite pensar o porquê as coisas acontecem do modo como acontecem - com as dificuldades que se apresentam - e qual a participação desse CAPS, que também faz parte da rede, para que as coisas ocorram deste modo.

As dificuldades e violência são atribuídas a outros, a um não "alinhamento de olhar", a outros que não possuem um olhar tal como o do grupo: mesma lente para todos os olhos, uniformidade no olhar e no pensar que insiste em não acontecer - tal como sugerem as dificuldades e falhas que denunciam as diferenças carregadas pelos outros serviços da rede e sobre as quais não é possível

nem reconhecer, nem pensar. O demais serviços não cedem ao desejo de fusão e indiferenciação da instituição: uniformidade desejada pelo grupo que aponta num sentido de ideal inatingível, ideológico, sinalizado pela “bandeira de modelo de cuidado”, que sugere um viés militante:

P7: E... e... eu... eu acho... Eu acho que assim... tem uma coisa que a questão é a seguinte... é... que a outra fala também que eu bato o tempo todo... fora... é... e... e... e... eu não... não é que eu não me sinto à vontade, mas eu não sei se a gente precisa bater tanto aqui dentro... do CAPS. Não existe alinhamento do olhar! Ponto.

P2: Não existe o que?

P7: Não existe um alinhamento de olhar do momento de cuidado que as pessoas querem fazer... na vida... das pessoas. Na reunião de rede isso é fala diária, na UBS isso era fala... fala diária. Aqui no CAPS eu não... eu não sinto essa necessidade de ter essa fala, porque eu acho que a gente é muito mais alinhado do que muitos outros equipamentos, muitos outros colegas da rede... e isso eu acho que é um trunfo nosso. Existem algumas... algumas diferenças, talvez de como manejar, de como construir talvez a terapêutica... é... mas eu acho que existe um... um alinhamento um pouco maior do olhar e do modelo de cuidar que a gente preconiza dentro desse serviço. Que bom! É... Mas eu acho que tem uma questão que é a seguinte... ontem lá na reunião do Conselho, teve um dado que era... ontem foi a prestação de contas do segundo quadrimestre... e aí eu pedi destaque no... no... no... no número de notificações de violência e no primeiro quadrimestre que foi de janeiro a maio, teve... 175. Eu não vou lembrar direito o número, tá gente, e aí no segundo quadrimestre teve tipo... 70! Aí todo mundo: "Nossa caiu o número de notificações." Aí eu falei: "Gente, destaque." Falei: "Não é que o número de casos de violência caiu, as pessoas voltaram a não... a não notificar". Por que estavam notificando no começo do mês de... no primeiro quadrimestre? Porque a capacitação do núcleo de violências sobre a... a... a ficha de notificação compulsória intersetorial tinha acabado de rolar. Então assim, eu acho que no final das contas eu fico feliz porque a gente se apropria, enquanto CAPS, nós equipe... não só a equipe técnica... mas eu acho que a gente vai ao longo do tempo se apropriando dos saberes, como por exemplo da gente hoje, alinhadamente todo mundo entender que o matriciamento faz parte da nossa atribuição. Isso é pesado, a gente talvez não tenha pernas, mas não é uma coisa que você vê as pessoas falando: "Ah, não vou fazer, não vejo sentido". Não, a gente vê sentido. Então, eu... eu... eu acredito que... assim... fico feliz em trabalhar nesse serviço porque a gente vai se apropriando... do saber. A gente... a gente não joga a formação fora, né?... *(riso)*... Porque é isso, porra... cê fez uma capacitação... cê fez uma capacitação no final do ano de 2016, o que gerou 175 notificações no primeiro quadrimestre fala: "Po, deu certo... a capacitação deu certo... a formação lá da ficha"... No segundo com 70, você fala: "as pessoas se esqueceram"... né? É... elas simplesmente deletaram essa apr... Não se apropriam do próprio processo de trabalho, né? É... eu não acho que a gente faça isso. Eu acho que a gente tem um tempo, como todo mundo, de conseguir ir se apropriando do que é difícil, porque matricular não é fácil não! Tá no território, não é fácil não! Eu mesmo demorei um ano pra entender o que é a reunião de rede... sendo que eu formei a reunião de rede, né?... Eu tive a sorte de tá na primeira reunião de rede, né? Cheguei... caí de paraquedas aqui no município... já tava na reunião de rede, né? Então assim... é... eu acho, de verdade, que essa equipe é potente no sentido de que a gente... é... é... a gente encara... a... a... a... os desafios, né? É.. mas é impossível a gente não olhar... não tô dizendo que a

gente é perfeito, pelo contrário, não acho que a gente seja perfeito e nem nunca vai ser.... é... porque a construção de um modelo de atenção psicossocial é transformação o tempo todo... Mas eu acho que existem outros entraves externos que entrevam nós internamente, né? Eu acho que existem entraves externos também da gente levantar uma bandeira de modelo de cuidado que a gente observa com muita dificuldade fora dos espaços, talvez de dentro do CAPS, dentro da RAPS.

A partir do posicionamento dual de rivalidade marca-se dois lados: um que se apropria do saber e outro que o desconsidera e descarta, identificando o CAPS claramente neste lugar de saber e apropriação, que se destaca dos demais espaços e instituições, às quais falta algo que o CAPS possui. Somando-se a este aspecto, a negativa do final do trecho anterior, sugere, com Freud (1925/1996e), uma identificação imaginária com o objeto bom idealizado, designando um lugar para o CAPS de impossibilidade de elaborar a desilusão do ideal institucional. Uma vez que não há lugar para o não saber, quando algo aponta neste sentido, imediatamente se torna uma ameaça narcísica e evoca a defesa do grupo - tal como na continuidade da passagem citada acima, que a pesquisadora aponta a existência de falhas e dificuldades relacionadas às ações do CAPS e o grupo faz um movimento de valorizar e elogiar sua equipe e suas estratégias.

Eis que surge o fantasma da ilusão da fundação da Saúde Mental, com os ideais de regeneração do mundo e a partir da fundação contra o manicômio, que faz atribuir aos outros - instituições caducas, velhas e retrógradas - tudo que falha e marca a falta (Gaillard, 2014); corre-se o risco de não poderem se questionar e se desiludirem, não poderem assumir, reconhecer e dialetizar com as diferenças de alinhamento e de olhares, impedindo a possibilidade de criar - visto que criar pressupõe uma falta - e poder aprender ou buscar saber, uma vez que a ilusão institucional garante a completude.

A marca da militância - compreendida na perspectiva da psicologia das massas, tendo como líder um ideal e como efeito uma precarização psíquica da massa (Freud, 1921/2011) - na fundação da Saúde Mental se faz presente, pois é do alto da militância e de seus ideais que é possível saber sem falta. Tamanha a intensidade desta ilusão, que o inconsciente e a dimensão grupal e institucional não podem ser pensados ou ao menos reconhecidos, visto que trazem as marcas da

falta e da ferida narcísica da humanidade que tira a ilusão de domínio do homem sobre seu próprio psiquismo (Freud, 1917/2010b).

A respeito dessa última, Freud (1917/2010b) avisa sobre essa dificuldade no caminho da psicanálise, afirmando que a consideração da pulsão sexual não domável e a condição dos processos psíquicos serem inconscientes em si e apenas acessíveis de maneira incompleta ser um golpe psicológico no amor-próprio do homem: "Não surpreende, portanto, que o Eu não demonstre boa vontade com a psicanálise e se recuse obstinadamente a dar-lhe crédito" (p. 186).

Tal representação da instituição que a deixa identificada com o ideal e a perfeição constitui também a economia do pensamento na relação sujeito-instituição, tendo um papel de *"curar la herida narcisista, eludir la angustia del caos, justificar y mantener las costas de identificación, sostener la función de los ideales y de los ídolos."* (Kaës, 2002, p.18), legados garantidos pelo processo de fundação e seus fundadores.

O *"estar dentro"* do CAPS aparece como algo identificado com uma condição manicomial, quase como se promover ações dentro do CAPS fosse estar sob a lógica manicomial. O trabalho antimanicomial seria o trabalho fora do CAPS. Aqui novamente aparece a condição de sofrimento relacionado à confusão entre lógicas institucionais distintas e diante da tarefa primária.

Dessa forma, ao longo dos três grupos é marcante o investimento do grupo nas estratégias territoriais, que ocorrem fora do CAPS em detrimento do investimento de ações dentro do serviço e destinada a seus usuários. O CAPS enquanto equipamento e local de cuidado de usuários com condições de sofrimento psíquico grave parece ficar desinvestido, ao menos no discurso, havendo ainda um ideal de que os CAPS deixem de existir, como se fosse possível a eliminação do sofrimento humano ou como se as questões para as quais os CAPS existem pudessem ser cuidadas integralmente nos espaços territoriais. Parece haver uma impossibilidade de reconhecimento do CAPS como local de tratamento e cuidado de uma condição de saúde; sua missão é social e política. Não se considera sua tarefa primária, correndo o risco de negligenciá-la.

O aspecto da cobrança por resolutividade que aparece como vinda de fora, parece ressurgir no próprio CAPS na demanda de que os outros serviços, o território, dêem conta das questões da psicose. O CAPS, assim, parece ficar no lugar de algo que tenta dar conta do social, sua razão de ser torna-se garantir que as outras instituições - o "território" - possam lidar, de modo inverso, com a questão da psicose. Mas eles não conseguem alcançar esse objetivo, isso falha. Surge mais uma vez a dualidade e a rivalidade, que caracteriza um ou outro serviço como incompetente uma vez que não dá conta de resolver as questões que "se propõem", ou melhor, questões que são demandadas pelos outros serviços.

Novamente emerge a confusão de níveis e lógicas; confusão da tarefa primária com o sujeito e da falta de espaço psíquico na instituição para se pensar a subjetividade, aparecendo uma mistura entre profissionais, instituição e pacientes: autonomia do CAPS como autonomia do usuário como autonomia do terapeuta. Trata-se de um processo de simbiose, de identificação entre os níveis de discursos, demarcando a impossibilidade de existência de diferentes subjetividades. Mediante um processo de crença na rede e não na perspectiva da subjetividade do caso clínico: a lógica da rede fica misturada com a lógica do sujeito e da equipe.

P1: ... Eu fico pensando isso... porque... pra gente também... é... é... acreditar nessa autonomia a gente precisa buscar outros espaços autônomos pra essas pessoas. Talvez a gente não se veja dessa forma ou talvez a gente se veja caminhando pra esse lugar, né? Então, eu lembro que quando a gente chegou no CAPS a gente ficava com essa preocupação, né? Quando falava... é... hoje a gente mudou a questão da alta, né?... porque hoje eu vejo que a gente tá falando dar alta... Há um tempo, a gente tirou a palavra alta pra falar continuidade do cuidado que a gente achou que era muito mais... era bacana porque entendia-se por alta algo que se encerrava e continuidade do cuidado algo que era pra vida inteira. Mas... aí eu lembro que um dia eu fiquei assim: "Mas eu não posso dar alta pra essa pessoa! Não posso dar!" Aí... as pessoas me perguntavam: "Mas por que você não pode dar?" Aí eu falei: "Porque eu sei que ele vai piorar... que ele vai voltar de novo..." E aí... esse pessoal pra mim: "Mas você precisa acreditar na rede, você precisa acreditar na rede, né, e que ele vai ficar lá na rede". Mas eu acho que, quan... voltando pra um dos... dos... dos encontros que a gente já teve aqui do... do... do grupo, a gente falou muito do processo do território. Então eu acho que a gente precisa... P2 fala muito disso, o tempo inteiro... acho que a gente remete a ela essa fala, que... a gente precisa estar no território porque assim... essa... essa autonomia do usuário, não é só dele... é nossa também! Porque não dá pra se acreditar em algo que não está lá.... que você não tá vendo... você tá caminhando junto. Então eu acho que hoje, em alguns processos, a gente já consegue pensar nisso. Eu, por exemplo, já tô conseguindo, dentro do S.E.²⁸, receber usuários nossos. Nessa terça-feira eu já recebi pessoas que tá no

²⁸ Nome de um bairro / território e de uma unidade básica de saúde (UBS), omitido para efeito de preservação do sigilo.

CAPS, que é do S.E. e que meu projeto é que ele estejam lá comigo! E aí eu vou conseguir lá... andar... e é um espaço autônomo, é um espaço aberto, um grupo aberto, tudo aberto. Talvez é isso. Eu não sei se a gente...

P3: Cê tá falando de ocupar... a gente equipe CAPS também...

P1: Sim.

P3: ... sair do CAPS?

P1: Sim.

P4: Não, mas a gente sai do CAPS...

P3: Alta também! (*risos*)

P4: Peraí P3... a gente investe...

P3: Não... Eu saio...

P1: Acho que cada um no seu processo de trabalho P3. Acho que cada um no seu processo de trabalho. Não necessariamente eu tenha que sair...

P3: Não, não... Eu acho... que... não mas assim... de boa... eu saio. Eu fui fazer uma... eu fui...

P1: Uhum!

P3: ... eu f... cabei de ir na Ayurveda que eu levo as famílias pra... fora... levo, que dizer, estou lá... aberta... pra tá com as famílias...

P1: Sim... que é um espaço aberto... que é um espaço aberto, que é um espaço de cuidado, que tem pessoas lá extremamente adoecidas que, se você olhar lá dentro da Ayurveda, você logo enxergaria uma pessoa daquela dentro do CAPS... cê... nitidamente cê...

P3: Algumas pessoas que não estão ali como usuários CAPS, estão lá como sujeitos...

P1: ... como sujeitos, que dentro da Ayurveda começa a chorar sem parar e... e... não dá mais conta e alguém tem que sair pra... pra manejar... sai a E., às vezes sai eu, sai outra pessoa... que nitidamente você poderia ofertar : "ah, vamos para um acolhimento no CAPS?"... mas que você vê que aquele espaço tá dando conta... daquilo... entendeu?

P4: Dá conta.

P3: Sim, sim...

P1: E eu acho que é isso...

Emerge a condição peculiar de consideração do *vínculo numa vertente idealizada*, o "vínculo saudável", sem notarem que o que não é saudável do vínculo, seus restos, também pertencem à instituição e ficam alojados nesta na qualidade de depositária. Kaës (2002) aponta para as emergências desorganizadoras daquilo que não é reconhecido pela própria instituição: marasmo na criatividade, massificação dos afetos, discursos obnubilantes, paralisação da capacidade de pensar e das funções do pré-consciente, ódios incontrolláveis, ataques paradoxais à inovação e invenção, confusão dos níveis e das ordens,

ataques aos processos de ligação - pulsão de vida e libido, *acting* e somatizações violentas.

P4: E com um outro que tem um jeito manicomial mesmo de... de... de pensar as questões que... é... que nos angustia, né? Eu acho que... ter o vínculo é... nós... principalmente a gente aqui no... nos CAPS, CECO também, mas o grande desafio é a... essa criação de vínculos, pensando nesse cuidado em liberdade... Tem hora que assim eu também me pego muito... é... muitos aspectos aqui quando a questão é de crise, é grave... se a gente pensar no primeiro momento: internação! Fechado! A gente tem espaço de equipe, de pensar junto, de que esse esse cuidado não dá pra ser feito, jamais, de um jeito... (*incompreensível*)... com disciplinas, tem que ser disciplinar, transdisciplinar até, pra gente poder refletir e pensar em outras possibilidades, mas sempre os vínculos saudáveis! A gente vai criando, pensando nesse cuidado, em liberdade! Esse é o grande desafio do CAPS. Eu acho que um dia meu sonho é de não existir mais CAPS, né? Assim... que a gente não precise mais disso. Não sei quando mas... que esse cuidado seja feito... no mundo.

Tem-se assim, na negligência da clínica - com a desconsideração da dimensão inconsciente - e na supremacia maciça do social, uma "nova cronicidade", conforme afirma Viganò (2012), que surge pela exclusão de alguns significantes do campo institucional da saúde mental e produz um modo de cuidado num regime assistencialista de "adesão à um programa de vida imposto, decido fora de qualquer subjetividade" (p. 115).

A distinção e separação entre clínica e social aparece na evidente indiferenciação entre loucura e psicose. O termo psicose não aparece nenhuma vez durante os três grupos. A loucura é designada como algo de todos, algo do mundo. A psicose não tem lugar - desaparecendo a especificidade do CAPS em lidar com esta questão do ponto de vista de um cuidado específico em saúde.

A *loucura* aparece como uma entidade por si só - a temática da luta antimanicomial - por vezes se fala de loucura sem estabelecer qualquer relação com o usuário e sofrimento psíquico. Aparece novamente as confusões entre lógicas distintas.

Fernanda: Como é que é essa relação do cuidado dentro do CAPS e essa articulação fora?

P7: É bem difícil! (*risada*)... É bem difícil porque eu acho que a gente vem... a gente vem desconstruindo, é... a loucura, é... sendo olhada só dentro de um lugar há muito pouco tempo, né? Se a gente for resgatar a perspectiva histórica do cuidado... do cuidado?!... mas de como que se olha a loucura ao longo da história, a gente fala de trinta anos, né? Trinta, quarenta anos no máximo, né, que

começa a se pensar, é... com necessidade de que a loucura esteja em trânsito. Mas antes disso a gente tem aí pelo menos 300 a 400 anos de que a loucura estava institucionalizada num lugar e ela não tinha trânsito, né? É... então, ao mesmo tempo que a gente se angustia no sentido de que essa discussão pra fora da unidade seja difícil, a gente tem que também ter sabedoria e perspectiva histórica de que isso é uma construção, né, que não tá dado e aí a gente vai construindo... Porque de certa forma dá um pouco de angustia porque a gente nunca sabe se a gente tá... é... certo ou... se a gente tá acertando ou não nessa discussão pra fora da unidade.

Surgem alguns questionamentos que indicam uma necessidade de pensar o próprio CAPS e seu modo de funcionamento para além da aquisição de mais profissionais e para além das ações no território. Parece, neste momento, surgir algo da dimensão da necessidade de cuidado com os usuários especificamente.

P5: Então... eu fico pensando um pouquinho assim... é... a gente... tem... na verdade, a gente teve algumas discussões, né, sobre os grupos dentro do CAPS e fora do CAPS...

P4: Uhum!

P5: ... e a gente tava tendo uma dificuldade até às vezes de estabelecer um PTS pra alguns usuários que não tinham condições ainda de... saídas, né?... que a gente sabe que... na medida que a gente recebe os que estão agudos, na maioria das vezes os que estão agudos, eles não conseguem sair. E por ser do CAPS... a gente... eles terem que a família trazer... às vezes o que a gente tinha pra oferecer não cabia dentro da família... bem confuso, né? Acho que entra um pouco do que a P2 tava falando, que antes acho que a equipe... não sei... tinha outras coisas... não sei... acho que alguma coisa aconteceu. E... o que eu sinto assim, né, pensando... acho que o paciente que tá super bem, que anda sozinho no mundo, nem devia tá dentro de um CAPS, né?

P4: Uhum !

P5: ... A gente tem vários! Acho que se... não é?... acho que se tá andando no mundo, se vai pra cá, se vai pra lá, a gente tem que... dar asa!... né? A gente faz um apoio, faz um... um... um atendimento de referência se for o caso, mas não manter!... às vezes eu sinto que a gente é meio acumulador!

P3: Acumulador de paciente!! (*risos*)

P5: ... Eu vejo vários usuários... do meu ponto de vista tão lá, tão ótimos!... e quando não vem pro CAPS... tão bem daqui pra fora... quando chega aqui já fica de novo naquele papel, né... do adoecimento!

P4: É! É! É!

P5: ... E tem *muitos* assim!

P4: Total!

P5: ... E aí a gente fica se emprestando demais às vezes pra esse!... Aí eu fico pensando no outro que tá com uma baita de uma dificuldade até dentro do grupo do CAPS que ele não consegue ficar e ele tá ficando de lado... em detrimento do outro que já anda sozinho... que já tá na vida!... né?... Isso é uma reflexão minha.

P3: Esse outro quem seria? Esse... tipo assim... J., por exemplo? Eu queria entender quem que é esse outro.

P5: Eu fico pensando assim ó... cê tem por exemplo... né?... pode falar o nome de paciente?... *(riso)*... o J.! O J. acompanha as pessoas... só que o J., ele fica perdido na grande massa... porque é lógico que quem tá melhor, é que aparece, né?... quem é mais extrovertido é que aparece...

P2: Quem grita mais!

P5: Quem grita mais!

P2: Quem exige mais!

P5: ... E ele... ele acompanha! Ah, eu conheço o J. aonde?... daquela oficina que eu faço de quarta-feira, que a gente tá fazendo uma oficina de memória e atenção, e do nada o cara... a gente tá falando... nada a ver... do nada, ele lembra de uma música, começa a batucar e o grupo todo batuca e ele aparece, sabe? Eu acho que esse é o espaço dele... e aonde ele consegue... ele consegue se colocar enquanto indivíduo, enquanto pessoa. Aí... volta o pessoal que tá em crise aguda... e às vezes a gente acaba assim, misturando muita coisa e... eu acho que a gente deveria pensar um pouquinho... não sei se eu tô conseguindo ser clara...

P4: Sim!

P5: Eu acho que a gente tem muito paciente, muito usuário que num... não devia mais tá aqui!... sabe?! Anda sozinho... e a gente, né... acompanha o cara?! Oooi?!...

P4: É!

P5: ... né?!... Aí a gente fala de Capscômio, né?

P4: É!...

P5: ... Acho que isso é Capscômio!... O fato de eu fazer uma atividade fora, não quer dizer que eu não tô fazendo um Capscômio, se eu tenho do meu lado um sujeito que já tá na vida!

A menção a "acumulação de pacientes" indica uma questão: uma vez que estes pacientes estão no CAPS, o que fazer com eles - além de acumulá-los? O que o CAPS pode oferecer enquanto instituição que tem como tarefa primária um cuidado específico em saúde a pessoas em situação de intenso sofrimento psíquico, muitas vezes em quadros psicóticos? O trecho acima sinaliza que há algo que não está sendo possível pensar no CAPS e inicia uma indagação importante. Contudo, a questão não se sustenta e novamente o grupo a redireciona para o território, fazendo uma construção que poderia ser descrita como: *para não acumularmos pacientes, o território precisa acolher e garantir as condições de autonomia para que estas pessoas possam estar lá*. A discussão se simplifica como se fosse uma mera questão do local no qual o usuário possa estar e não se reverte a um pensar do próprio CAPS sobre si, sobre seus processos de cuidado e seus

efeitos. Impossibilitados de exercer e pensar a tarefa primária demandam que o território acolha e promova um cuidado da psicose.

Pinel (2011) aponta que os serviços que oferecem algum tipo de cuidado ou acompanhamento a pessoas com sofrimento psíquico ou psicopatologia, apresentam modos de funcionamento que, apesar de extremamente elaborados, ocultam uma “fragilidade fundamental e essencial” (p. 21), que diz respeito a uma “suficiente sensibilidade à vida psíquica do outro e dos outros (...) [e] é inerente ao exercício da tarefa primária: ela constitui uma condição necessária à manutenção e ao revigoramento do trabalho psíquico e dos processos de pensamento” (p. 21). Esta fragilidade está intimamente ligada ao lugar ocupado por estes equipamentos ou serviços no quadro cultural da civilização, localizando-se no limite do tecido institucional social, segundo ele.

Designadas para uma posição intermediária, destinadas a exercerem uma função de articulação na desinscrição [mesinscrição], devem participar na tarefa de recompor o tecido dos laços sociais e simbólicos impedidos, atacados ou rompidos.

Para sustentar um processo de restauração do tecido da trama simbólica e escorar os processos de ligação, as equipes institucionais devem inscrever-se no coração das conflitividades mais agudas, confrontar-se, sem cessar, a partir de dentro, com as diversas expressões do rompimento e da destrutividade. Devem também acolher e conter desesperanças e violências deformadoras, potencialmente desorganizadoras. Simultaneamente, devem desprender-se do fascínio pelo horror e da aspiração a constituir um duplo narcísico, repetindo de modo idêntico (M'Uzan, 1969) a problemática dos sujeitos acolhidos. Para suportar esses movimentos psíquicos arcaicos e violentos, as equipes institucionais vão se constituir em uma forma de paradoxo de fundo, mais ou menos simbolizado, que une suficiente maleabilidade (Roussillon, 1991) a uma firmeza posicional capaz de permitir restabelecer uma separação, sem cessar corroída. Cabe-lhes reelaborar de forma reiterada diferenciações simbolizadoras, danificadas, desqualificadas ou negadas pelos pacientes e, às vezes, pelos profissionais. (Pinel, 2011, p. 21-22)

Assim, diante da impossibilidade de considerar a dimensão psíquica, de pensar a instituição e simbolizar os aspectos psíquicos arcaicos e violentos presentes na dimensão institucional pela própria designação da tarefa primária e seu lugar de mesinscrição, estes processos violentos e arcaicos se repetem sem cessar - conforme o grupo afirma e deixa transparecer - não sendo possível elaborá-los.

Os emergentes circulam no grupo de maneira que outras discussões parecem ficar tamponadas pela retomada, de forma repetitiva, de alguns significantes. As falas vão se dando de maneira circular, sempre voltando aos

mesmos tópicos - cuidado em liberdade, território, importância de estar fora do CAPS etc. - sugerindo uma estereotipia do pensamento e uma impossibilidade de pensar a instituição. Tais discussões não permitiram a abertura para novas questões e nos momentos que o grupo ousou lançar novos questionamentos, eles foram encobertos pela retomada dos mesmos significantes repetitivos de maneira defensiva. Tais emergentes pareceram se constituir no processo como um fim em si mesmos, sendo retomados sempre que possível e cuja nomeação designava algo indiscutível, unânime e dado a priori, sem possibilidade de formular e sustentar qualquer questão a respeito deles - a despeito de apresentarem a ideia de que o trabalho do CAPS implica em transformação constante. A reafirmação desses tópicos parece ser a reafirmação e sustentação da própria luta antimanicomial como militância e de sua dimensão ideológica, ficando em segundo plano a tarefa primária - e, portanto, uma política pública que designa o CAPS como lugar de tratamento - e a dimensão inconsciente e institucional.

Parece haver ainda uma tensão com relação às profissões e os modos de ação de cada profissional na rede e no CAPS. Em alguns momentos dos grupos, surge um clima de conflito entre os participantes, que pode sugerir um sofrimento - evidenciado pelo conflito - diante das indiferenciações entre subjetividades e profissões:

P3: E aí que eu acho que é muito louco porque a gente fala de rede, fala disso, fala aquilo, fala daquilo e enfia o médico pra fazer a receita. Faz. Faz receita, faz receita, faz receita! Que porra é essa? E aí, essa porra aí...

P1: Vixe!

P3: É que, acho que tem viés, desculpa a palavra, mas é bem isso mesmo...

(risos)

P3: Não gente, é sério.

P4: Fala P3, pode falar.

P3: Porque isso gera um viés psicótico nas famílias.

P4: Ahã!

P3: Vocês não enxergam isso! Mas eu tô lá fazendo grupo de família e to enxergando!

P1: É claro que a gente enxerga!!

Neste trecho, parecem tentar se aproximar da ideia de Bleger (1984) de que a instituição sofre daquilo que tenta tratar, ao buscar afirmar a possibilidade

de distinção nos processos de trabalho, mas não avançam. Parece haver uma interdição que impossibilita considerar e pensar sobre o que o sujeito deposita e projeta na instituição e com o que ela se identifica, impossibilitando, por sua vez, levar em consideração os efeitos do inconsciente na equipe e nos processos de trabalho.

P3: Não... Eu saio...

P1: Acho que cada um no seu processo de trabalho P3. Acho que cada um no seu processo de trabalho. Não necessariamente eu tenha que sair...

P3: Não, não... Eu acho... que... não mas assim... de boa... eu saio. Eu fui fazer uma... eu fui...

P1: Uhum!

P3: ... eu f... cabei de ir na Ayurveda que eu levo as famílias pra... fora... levo, que dizer, estou lá... aberta... pra tá com as famílias...

P1: No grupo lá do S.E. a gente teve a R.. A R. foi ontem... Foi nosso primeiro usuário do nosso grupo, quase teve um bolo pra comemorar que: teve um usuário! (riso)... Foi a R.. Então não adianta dizer que a R. é do CAPS II ou a R. é do A....

P3: Quem é a R.?

P1: ...A R. é do S.E., pronto e acabou....

P3: Quem que é a R.?

P1: ...Tamo junto lá!! ...É um caso da reunião de rede... Então tamo lá, tamo junto!

P3: "É um caso da reunião de rede, cê não precisa saber!"

P1: A P3, desculpa!... Não!...

P2: É, e na realidade não tá dentro do contexto explicar tudo...

P1: É!... É um caso muito complexo...

P3: Não, não, tá, tudo bem... é porque assim... eu não faço a menor ideia do território... e acho legal não fazer ideia do território porque... tudo bem...

P2: Não, eu acho que....

P3: Entendeu? Porque assim... Não! Tudo bem mesmo! Porque assim eu já fico com a obrigação na minha cabeça pra pensar nessas questões aqui... Bastantão!

(Risos)

P1: É isso...

O grupo parece incorrer numa condição de inespecificidades profissionais, com falas genéricas que cabem a todos - aspecto que se relaciona ao sofrimento institucional e a confusão de lógicas distintas. Ninguém convoca a pensar e discutir nenhuma questão específica de uma área ou profissão, a não ser a

partir do discurso da psiquiatria que inclui questões sobre tecnologias e conhecimentos sobre psicopatologia. Parece que reconhecer as especificidades seria negar o reconhecimento do saber de cada um e de todos, o saber popular. Este é valorizado, tendo como custo a impossibilidade de usufruir de saberes acadêmicos ou de formação formal. A despeito de citarem a importância desses conhecimentos, eles desaparecem nas falas, dando lugar a uma fala uniformizada.

P7: (...) Uma coisa que... é... a P4 falou, e é verdade, eu acho que é assim... Deleuze fala que o saber tem que ser isomático e não especializado. Porque o saber popular e o saber das pessoas...

P4: Caminhar junto.

P7: ... do próprio povo, da própria vida constrói relações de saúde ou de doença, de poder ou de desvalia. (...)

P7: Todos né?!... Então assim... eu acho que, por exemplo, eu acho que a verdadeira Reab que a gente faz dentro d'um CAPS... é... é... justamente a gente conseguir entender que as pessoas não vão deixar de ser loucas, né, porque a sociedade produz loucura! Mas que elas precisam existir no mundo, que elas pr... que elas têm direitos... que ela não é só uma pessoa doente e que ela tem direito também de ser... de ser louca, inclusive... né? Então, eu acho que no final das contas, eu... eu... eu... eu não sei especificar quais os saberes necessários no sentido da academia. Eu acho que a gente... a gente... se... se... se fortalece demais de ter saber de R.²⁹...

P4: Sim.

P7: ... que é ela que toca o C.³⁰ na hora de fazer os instrumentos.

P4: Mas que gente precisa caminhar junto com ...

P7: Claro. Claro.

P3: Pergunta! Pergunta pra ti, parceiro! Cê acha que essa sua fala é um saber tipo "psi" ou esse é um saber tipo "engajado em movimento"? Porque assim, de repente a sua fala pra mim...

P7: (*risos*)

P3: ... não... de boa... é um discurso do ser político, né?...

P4: É! É!

P3: ... que é pra além do ser psicólogo...

P1: Uhum!

A dimensão da técnica e da importância da técnica aparece, indicando algo da especificidade profissional que faz ou poderia fazer diferença para

²⁹ Funcionária do CAPS

³⁰ Nome de Oficina

o trabalho desenvolvido no CAPS. Contudo, a técnica aparece também como algo desinvestido:

P2: Eu acho o seguinte... eu acho que os dois são importantíssimos... a gente sabe que ele é importantíssimo... é extremamente necessário ter todos esses saberes envolvidos num CAPS, mas nós somos cobrados, parceiro, é da técnica! Então a gente não... a gente... a gente também vai ter momentos, envolvimento que a gente vai precisar também auxiliar essas pessoas muito mais na técnica do que ali ou muito mais ali e depois a técnica. Então... é... é... não podemos descaracterizar... o... a função primordial que é de botar essas pessoas no mundo e eu acho que a parte técnica ela... ela pesa mais! Não que a outra não se... não... não... não, a outra também pesa pra caramba, mas cara...

P7: São outras ferramentas né, P2?

P2: Tem, mas eu acho que a gente tá deixando de lado um pouquinho a técnica e... e... e... me... nos empoderando mais na questão da... das vivências que eu acho que também faz parte e... e... e fica frouxo! Tem coisas que fica frouxo, né? E aí eu volto pro meu início... eu sinto... eu sinto que o meu grupo, ele é um grupo frouxo. Eu sinto que eu... eu saio do grupo sugada, sem energia e que talvez eu não dê aquilo poderia ser de melhor pra aquele cara ali... entendeu?

A consideração da clínica e, portanto, da dimensão inconsciente e institucional poderia garantir consistência ao CAPS na realização da sua tarefa primária. Contudo, conforme Pinel (2011), as instituições de cuidado passam atualmente por uma condição de desorganização estrutural e por um "processo de regressão generalizada (...) [que] vem acompanhada de uma forma singular de desligamento: um desligamento teórico-clínico dos laços" (p. 29). Este processo tem como efeito um enfraquecimento das possibilidades de elaborações coletivas, verificada "por uma imobilização das capacidades de devaneio, um bloqueio dos processos associativos e mesmo uma forma de sideração coletiva" (p. 29), aspectos que podem ser verificados no grupo operativo pelas interrupções associativas que fazem retornar aos mesmos significantes de forma repetitiva e pelas confusões dos níveis lógicos.

A análise dos grupos operativos evidencia que a discussão sobre uma clínica praticada no CAPS é escassa. Ela se apresenta pelo discurso psiquiátrico somente e a perspectiva de "raciocínio clínico" é trazida nesta vertente. Numa hipótese de que o sujeito que manifesta tal fala no grupo pudesse estar exercendo a função de porta-voz, a pesquisadora relança a questão para o grupo, propondo uma ampliação da perspectiva de raciocínio clínico para além da

psiquiatria, contudo, tal questionamento não ecoa no grupo e a ele se segue novamente uma explicação que define o “raciocínio clínico” como recurso médico.

P3: É... ó... o raciocínio clínico na medicina, ele existia até a década de 70. Depois ele passa a ser baseado em evidências, to falando na medicina, não tô falando necessariamente do CAPS, tá? Então você tem médicos formados até a década de 70 com raciocínio clínico. A partir da década de 80 cê tem médicos formados com medicina baseada em evidências. Então os raciocínios são mais protocolares em relação aos fatos clínicos da patologia. No CAPS, o que que é legal? Eu tento... procuro ter um raciocínio clínico... Eu dificilmente olho pro sujeito apenas enquanto um sintoma, né? Eu também olho, lógico, óbvio, que eu sou obrigada, eu preciso, quanto ao sintoma, mas eu também olho se ele tá alimentado, se ele tem uma rede de proteção, se ele... se ele... tem... roupa pra usar, se ele passa frio... se...

O único momento que a clínica surge como menção da equipe aparece como relativo exclusivamente à “clínica ampliada”. Parece que há uma dificuldade em se pensar o que é raciocínio clínico numa equipe multiprofissional e, desta forma, a problemática é reduzida à questão social.

P3: Raciocínio clínico? O primeiro... lugar: raciocínio clínico, o sujeito não olha pra patologia, olha pro sujeito.

P1: Uhum!

P3: ...Então é um olhar inteiro. Então, não tem aí um cérebro com sintomas, você tem aí o sujeito, uma família que tem dois cachorro...

P1: Que tá desempregado....

P3: ... mora numa casinha que... Então assim... você faz... se bem que se você vê também... dentro do DSM-IV, DSM-V... também olha pra essas questões sociais, né? Mas o raciocínio clínico, você olha para um sujeito, você não olha pra uma patologia. O raciocínio da medicina baseada em evidências, você olha pra patologia.

Tal perspectiva de clínica ampliada, no contexto de política pública, conforme já discutido (capítulo 3) pretende favorecer a compreensão mais ampla dos casos e proporcionar elaboração de estratégias que levem em conta o contexto bio-psico-social dos usuários, segundo a perspectiva do Ministério da Saúde (Brasil, 2004c, 2009). Percebe-se, no entanto, que ela oferece uma diretriz generalista, que pretende direcionar o olhar dos profissionais para tais questões, para que não se exclua da discussão nenhum desses elementos (bio-psico-social), sem, contudo, garantir fundamentação sobre como lidar, compreender ou intervir em cada um destes aspectos. Dessa forma, a clínica ampliada também não garante subsídios

para pensar a dimensão psíquica, assim como não garante subsídios para pensar o aspecto ou a clínica “bio” ou como intervir nos aspectos sociais. Ela demanda, portanto, que outras perspectivas clínicas garantam fundamentações para o estabelecimento de condutas.

Considerando a referência de Campos, G. W. S. (2003), a questão vai mais além, pois a perspectiva que o autor adota para tratar da clínica ampliada traz como referência sempre a singularidade do sujeito do direito, do sujeito em suas relações “concretas” com o contexto em que vive, não considerando a hipótese do psiquismo, do inconsciente e da dimensão institucional. Essa perspectiva da clínica ampliada, da qual Campos, G. W. S. (2003) é uma referência, não considera, portanto, e não abrange o sujeito do inconsciente nem os efeitos inconscientes que recaem sobre a instituição, as equipes, os grupos e na relação saúde-doença-cuidado, conforme discutido no capítulo 3.

Viganò (2010) aposta na construção do caso clínico como dispositivo e estratégia para que possa garantir um lugar ao sujeito do inconsciente e saída da “nova cronicidade” - vinculada a um assistencialismo e à soberania unicamente do social - estabelecida na saúde mental. Sua proposta trata

de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala dita, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc. (p. 2)

Assim, ao longo dos três grupos não houve menção a qualquer objetivo, intenção ou perspectiva de compreensão dos fenômenos psíquicos dos sujeitos. Tal achado corrobora com a colocação de autores que propõe a clínica como uma palavra negada (Campos, R. O., 2001) e com a hipótese deste trabalho que vai neste mesmo sentido.

Uma vez que não indicam um raciocínio clínico no qual se baseiam para entender os fenômenos, pensar os casos e direcionar condutas e estratégias, qual a clínica na qual se apoiam? Visto que, conforme já discutimos (capítulo 3), há

sempre algum raciocínio ou clínica subjacente às condutas no contexto de saúde, há de se elucidar qual a clínica que se dá a ver no CAPS. Claramente, ao longo dos grupos operativos, parece ficar evidente o apoio na clínica psiquiátrica.

A evidência da psiquiatria se apresenta pela centralidade ocupada pelo discurso da psiquiatria nos grupos. Parece significativo numa instituição que tenha como objetivo primário o tratamento - ou o cuidado - de pessoas em sofrimento psíquico intenso e esteja muito vinculada à Reforma Psiquiátrica, que a função de liderança seja ocupada justamente pelo discurso psiquiátrico. Tal condição parece ser mais um fator indicativo da preponderância da clínica psiquiátrica como clínica eleita como diretriz do cuidado no CAPS.

A impossibilidade de discussão da clínica que diga respeito ao psíquico e sua dimensão inconsciente e institucional, aparece na questão colocada sobre o usuário que comparece ao serviço. A própria presença do usuário é compreendida como objetivo do cuidado, mas faz aparecer uma dimensão que sugere certa incerteza sobre a tarefa ou os efeitos que podem ser produzidos pelo CAPS na condição de cuidado. Relembrando uma passagem já citada:

P7: ... de que a gente respeita a loucura dela. A gente fala: "B., olha a tua vida, B....", né? Mas a gente respeita a loucura dela, né? Ela vem aqui louca, com o pé quebrado, fedida, mas ela vem aqui, né? Isso quer dizer alguma coisa, né?... do *nosso trabalho*, não é do trabalho de um ou de outro... do nosso trabalho, né?

Esta fala indica que a vinda da usuária "quer dizer alguma coisa". O que quer dizer? É importante sustentar um não-saber sobre o usuário, o paciente, mas é preciso saber do trabalho em si, em especial da tarefa primária. Se a aposta é na clínica psiquiátrica e medicamentosa e não há fundamentação clínica para as demais ações e condutas de uma equipe multiprofissional, as ações correm o risco de serem deixadas ao acaso, sem direcionamento e sem objetivo, esperando-se que a medicação faça efeito.

Tal condição parece se relacionar com o aspecto que Saraceno (2001) alerta de que as instituições de tratamento podem se voltar para o que ele chama de "entretenimento", que significa "ter dentro" e também o investimento em

ações prazerosas, mas sem efetividade, esperando-se que, ao acaso, elas tenham algum efeito sobre a condição de adoecimento ou sofrimento psíquico do paciente.

O que ocorre quando um local que atende uma população específica caracterizada pelo Ministério da Saúde como pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não faz qualquer menção às condições psíquicas de seus usuários quando são chamados a dizer sobre o cuidado que fazem? Compreende-se como uma impossibilidade do CAPS se envolver em sua tarefa primária.

Evidencia-se assim uma contradição até com a proposta de clínica ampliada à medida que o não reconhecimento e negação da clínica propriamente se faz com desconsideração do aspecto *psi*, restringindo e não “ampliando” os modos de cuidado, tal como esta teoria e diretriz pressupõe.

Como um CAPS que tem “psico” em seu nome não considera ou mantém excluída qualquer questão que indique o aspecto *psi*? Seria um Centro de Atenção Social? Ao longo dos grupos, aparece com muita evidencia o foco do CAPS sobre a questão social e sobre a articulação do território. Tais estratégias são apontadas como grande recurso - de fato, são - e na articulação com o território, fica bastante evidente a questão social e as determinações pragmáticas a respeito de condutas de um caso: reuniões de rede, decisões da equipe a respeito do usuário. Nesta perspectiva, o foco e o protagonismo - termo de destaque na saúde mental - recai sobre os profissionais: são os profissionais, e não os usuários, que ficam como agentes, atores, protagonistas nesta perspectiva de cuidado.

Sendo o CAPS uma instituição criada e financiada pelo SUS como “lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.” (Brasil, 2004b, p. 13), sua tarefa primária ou função enquanto instituição é promover tratamento e se constituir como um local de referência para casos mais complexos e de maior gravidade. O que torna tão difícil - considerando o contexto de encontros limitados de grupos operativos - reconhecer ou realizar a tarefa primária? A tarefa que se propõem é de mudar o olhar das pessoas sobre a loucura - aspecto intimamente relacionado com a ideologia da Luta Antimanicomial - foco do trabalho de rede e da permanência fora do CAPS.

Com Bleger (1998), temos que a tarefa primária de uma instituição pode se tornar secundária quando sua tarefa principal passa a ser a manutenção da instituição - sua sobrevivência - e sua ideologia. Neste ponto, evidenciamos um atravessamento da instituição Saúde Mental pela presença da ideologia da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial - que esteve marcadamente presente nos grupos operativos.

A Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica e sua ideologia, conforme discutido no capítulo 1, surge e se sustenta contra algo: o manicômio. Conforme afirma Gaillard (2014) o grupo fundador precisa acreditar que está "regenerando o mundo" (p. 24), fundando uma instituição contra, como oposição.

Nesta lógica que divide o mundo em dois: manicômios e lugares de liberdade, também divide suas características: dentro *versus* fora; aprisionamento *versus* liberdade, não havendo meio-termo. A reconstrução do mundo de que nos fala Gaillard (2014) é tomada quase que literalmente a partir da oposição ao hospital psiquiátrico, tornando compreensível o porquê de tamanho investimento - evidente nos grupos operativos - no "fora do CAPS" e no "território".

Contudo, tais investimentos - uma vez que implica desinvestimento "dentro" e com outros aspectos do cuidado, especialmente com usuários em sofrimento psíquico grave - denotam uma condição defensiva. A sombra do manicômio paira no ar e qualquer ação que pareça - mesmo que de longe - àquelas relacionadas ao hospital psiquiátrico são passíveis de serem rechaçadas. Nos grupos fica evidente como estar "dentro do CAPS" pode ser compreendido como uma ação manicomial. E dessa forma, constitui-se um grande obstáculo para o envolvimento na tarefa primária de promover um tratamento e cuidado aos usuários do CAPS e de se manterem, enquanto instituição, como referência no cuidado com a psicose.

A subjugação da tarefa primária para um segundo plano parece servir, conforme aponta Kaës (2002), como modo de defesa, numa situação em que a instituição protege seus membros da realização da tarefa primária diante dos perigos - reais ou imaginários - da sua realização, uma vez que ela mobiliza intensamente os sujeitos. Conforme já discutido (capítulo 3), algumas tarefas complementares podem se tornar dominantes e outras tarefas decorrentes podem

surgir. Compreende-se que o maciço investimento no “território” pode servir a esta lógica: funcionando mais do que como um meio complementar à execução da tarefa primária, mas como garantia de proteção contra ela - visto que a instituição tem como função garantir a defesa de seus membros diante dos perigos e angústias.

Avançando na discussão, compreendendo os emergentes do grupo, como decorrentes do atravessamento institucional da Luta Antimanicomial e do processo de fundação da Saúde Mental - uma vez inclusive que não é objeto deste trabalho buscar uma análise aprofundada deste CAPS especificamente -, tais elementos podem ser compreendidos como característicos da Saúde Mental (conforme as discussões realizadas nos capítulos 2 e 3). Tendo sido inevitável o movimento de auto-defesa e fundação da saúde mental num posicionamento “contra”, a Reforma Psiquiátrica / Saúde Mental uma vez implantada - ainda que com falhas, dificuldades etc. - parece não ter podido avançar no sentido de se constituir para além da oposição do manicômio.

Considerando, conforme Kaës (2002), que o pacto denegativo é uma formação intermediária que condena à repressão, à negação e à renegação tudo aquilo que deve ser mantido como irrepresentado e imperceptível para que não coloque em risco a manutenção do vínculo de qualquer natureza, parece ser da ordem de um pacto denegativo o que, na Saúde Mental, impossibilita pensar e considerar a dimensão da clínica e qualquer outro aspecto que fique identificado, a priori, como sendo manicomial, sob o temor de destruição e aniquilamento da instituição.

Sendo um pacto inconsciente, um acordo tácito entre seus membros para o estabelecimento de um consenso, não se pode dele saber. O pacto proporciona uma negativização da violência e das diferenças - que faz calar - em busca de uma uniformidade e do consenso - tal como pôde ser identificado nos grupos.

A fundação da saúde mental parece não ter deixado herdeiros que possam construir a partir dela, visto que ao se promover um questionamento daquilo rechaçado pelo pacto denegativo, quem o faz fica “fora da lei”, sujeito à violência da qual os membros do grupo descendente dos fundadores - com seu dialeto próprio - estão protegidos. Dessa forma, só há dois lugares possíveis: ou se permanece na

linhagem de fundação, rechaçando-se algumas questões, mediante uma aliança inconsciente pelo pacto denegativo - como a perspectiva da clínica - ou fica-se automaticamente excluído, como identificado com a instituição oposta: o manicômio - lógica que foi possível observar nos grupos. Dessa forma, na descendência da fundação da Saúde Mental, parece ter sido criada uma condição de reprodução, não no sentido de fertilidade, mas de repetição. Repete-se as mesmas frases, a mesma luta contra o manicômio, indefinidamente, há trinta anos.

Tal condição parece estar relacionada à supremacia da ideologia - também um mecanismo de defesa e herança do processo de fundação da saúde mental, pano de fundo para o estabelecimento do pacto denegativo - em detrimento dos cuidados clínicos. Estes podem ser compreendidos como intimamente relacionados à tarefa primária de uma instituição como os CAPS, de acordo com o estabelecido, enquanto política pública, como objetivo institucional pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004b).

Na impossibilidade de questionamento desde dentro da Saúde Mental, os questionamentos e diferenças só podem ser identificados como provenientes de fora³¹ e, dessa forma, se institui também um perigo: ao não poder pensar suas dificuldades e, portanto, criar, inovar e superá-las, abre-se espaço para uma nova fundação contra - ou mesmo para a reedição de velhas instituições: os retrocessos. Mas dessa vez, uma instituição contra a Saúde Mental, exatamente diante daquilo que ela deixa de considerar, negligencia e não pode garantir qualquer resposta.

Ao rechaçar a perspectiva clínica relativa à compreensão psíquica e à singularidade do sujeito, retira-se o próprio usuário de cena, visto que ele se coloca nos serviços e na circulação no território com a sua especificidade e singularidade que não podem ser sequer reconhecidas ou muito menos pensadas: especificidades presentes no conteúdo das alucinações e delírios, por exemplo. Estes correm o risco de se constituir como fenômenos indesejáveis que, de preferência, devem ser eliminados pela clínica médica. Havendo lugar somente para o sujeito de direito, não sendo possível considerar a dimensão inconsciente deste,

³¹ Condição similar ao processo que ocorre na psicose, na qual elementos internos rejeitados são vivenciados como vindo de fora (Kaës, 2014), como nas alucinações - indicando uma condição de homologia funcional (Pinel, 1989) ou, conforme Bleger (2002): a instituição padece daquilo que trata.

não se impede a sua existência, mas impossibilita seu manejo. O sujeito - e sua dimensão inconsciente - se fazem presentes, sem que ninguém o escute, no entanto.

Dessa forma, diante da condição de sofrimentos institucionais, das confusões de lógicas distintas que se relacionam à patologia do inextrincável proposta por Kaës (2002) e à condição de pacto denegativo, ressalta-se a importância de uma clínica institucional que possa garantir a elaboração destes aspectos e garantir uma perspectiva de cuidados diante da situação de sofrimento institucional.

Aponta-se como relevante também a garantia de espaços de metabolização que favoreçam o estabelecimento de condições para superação das dificuldades de cumprimento da tarefa primária. Tais espaços de metabolização pode ser sustentados nos serviços por uma coordenação técnica que garanta a sustentação de dispositivos para o pensar clínico e elaboração teórico-conceitual que o sustente, ampliando-se assim a dimensão técnico-assistencial para além da simples reorganização dos serviços.

Destaca-se, neste sentido, a relevância de uma coordenação que tenha formação em Saúde Pública e formação psicanalítica para que possa sustentar tais espaços de metabolização e proporcionar uma gestão que esteja implicada, por sua vez, com a clínica e sua dimensão inconsciente e institucional, possibilitando a garantia de um direcionamento clínico-institucional que proporcione à equipe uma condição de suporte e uma função de proteção e elaboração frente a angústia e medos que acometem a instituição e seus membros.

Sustentando uma maior complexidade no campo da Saúde Mental, compreende-se que ela possa alcançar novos espaços, mantendo-se na discussão política, mas adentrando a clínica, buscando, além de mais coerência entre discurso e práticas, fundamentação para que se possa garantir o atendimento às necessidades de cuidado e o devido lugar ao usuário - não somente enquanto protagonista de ações concretas como sujeito de direitos, mas diante de sua singularidade, podendo a consideração dos aspectos psíquicos lhe garantir um lugar de destaque no seu cuidado e na sua própria vida, em detrimento do lugar da equipe, que assume uma posição coadjuvante na vida do sujeito. Que no contexto

da política, possa se entender política do modo mais amplo possível, fazendo distinção à política partidária, pois se saúde mental é questão de todos, que ela não seja bandeira só de alguns, que possa ser, de fato, política pública, em prol daquele que lhe dá sentido: o usuário. E para isso, que outros atores da saúde mental se abstenham para que o usuário e suas questões possam ter lugar.

CAPÍTULO 6

Para finalizar, algumas considerações

O início da escrita dessa dissertação já começou com muitas desculpas. O tempo todo, ao longo de todo o processo, me vi obrigada a justificar parágrafo sim, parágrafo não, sobre tudo que estava propondo: pelos apontamentos das dificuldades e contradições da saúde mental antimanicomial, pela proposta de uma discussão da clínica. Diante dos quais minha orientadora me questionava do porquê de tanta justificativa. O tempo todo, quando não no papel, tecia justificativas a mim mesma - como se estivesse cometendo uma heresia. E essa ideia é preocupante, pois a heresia cabe à religião, ao dogma.

Tentei me libertar dessas amarras, possivelmente não consegui, mas busquei me desvencilhar de alguns grilhões para ser possível... pensar e não reproduzir. Sendo trabalhadora de Saúde Mental também, sou eu mesma atravessada pelas questões que discuti nesse trabalho, não sendo fácil me desvencilhar desses aprisionamentos.

Tive de lidar, ao longo dos três anos do processo de pesquisa, com a ressaca moral da suposta heresia que vinha construindo. Por vezes - em grande parte das vezes - o sentimento que me acometia era de estar propondo uma temática simplista, que meus colegas militantes iriam reprovar e, pior, poderiam entender como manicomiais. Seria excomungada!

Tentei lidar com isso, argumentando sempre comigo mesma, que a questão não era propor uma clínica - e fazer uma aposta na ultra-especialidade, fator de destaque da dimensão da clínica médica na contemporaneidade - ou insistir caprichosamente num interesse particular para a saúde mental, mas que estamos sujeitos na saúde mental a replicar estratégias tradicionais quando não estamos cientes disso ou quando não temos outro recurso a oferecer. Ou, como diriam alguns colegas da saúde mental, "não há espaço vazio", ele será ocupado: se não for por nós, pela nossa clínica, será pela clínica tradicional.

Neste momento atual, precisamos fazer uma *mea culpa*. O que estivemos oferecendo aos nossos usuários? Usuários de álcool, outras drogas e crack? Aos usuários de saúde mental? Como produzimos tantos capscômios? Há uma falha. Talvez sejam muitas, proponho uma que devemos considerar para que não sejamos extirpados da história, retirados cirurgicamente como um corpo morto³², um tecido adoecido, que não fará falta.

É exatamente aí, nas nossas falhas e especialmente na impossibilidade de reconhecimento destas, que as tecnologias científicas, médicas e tradicionais são aclamadas a dar resposta. E é exatamente aí que a saúde mental antimanicomial precisa fazer diferença. A sociedade busca desesperadamente respostas para aquilo que a incomoda: quer um tratamento, que seja eficaz e seja rápido e seja resolutivo - ou melhor, que resolva. Ora, não teremos essa resposta, mas certamente temos algo a oferecer onde tudo o mais falha, onde há condição de mesinscrição, estamos aqui para lidar com o que fica de fora do social, que tende a ficar sem espaço no social.

A lógica que traz a dimensão da clínica pode ser refutada já a princípio pela diretriz antimanicomial justamente por trazer essa consideração, mas parece ter algo de potente no sentido de oferecer recursos para que possamos nos posicionar diante das outras propostas clínicas que surgem e ressurgem, cada vez mais autenticada pelo selo das ultra-especialidades e tecnologias científicas de última geração, tal como as neurociências.

Fui podendo então escrever esse trabalho, não sem dificuldade, dor - muitas vezes foi penoso - ou até vergonha. Ah, por vezes - e sempre - ela continuou aparecendo (o prenúncio da heresia e excomunicação para mim). Faz-se relevante falar destas questões, porque a forma como esta discussão me tomou, pode ter - e penso que tem - muito a ver com o modo que a saúde mental foi se constituindo, de um modo bastante ideológico e hermeticamente fechado, colocando para fora outros discursos e diferenças, neste aspecto então, sendo - paradoxalmente - muito manicomial!

³² Conforme sugerem as diversas tentativas de denegrir a proposta da saúde mental antimanicomial e as buscas de estratégias ultrapassadas, vinculadas à lógica hospitalocêntrica e manicomial - culminando em fortalecimento de práticas implicadas com este modelo e mudanças de políticas e financiamento público do SUS também neste sentido.

E aí surgem outras dificuldades na saúde mental, os riscos dos retrocessos, os retrocessos postos em curso. Infelizmente, neste momento, retrocessos validados por portarias de âmbito nacional. Eis que surge a extinção de alguns programas na saúde mental, as mudanças questionáveis na Coordenação Nacional de Saúde Mental e uma diretriz que traz a volta de financiamento ao hospital psiquiátrico e instituição afins e o mandato de abstinência para um mundo livre de drogas!

Diante de tamanho assombro, este trabalho pode parecer supérfluo - claro que me fiz essa questão! Vamos discutir clínica uma vez que temos tantas questões anteriores, de sobrevivência mesmo da política para lidar? Mas talvez seja mais do que nunca importante apontar e investir em *todas* as ferramentas que temos: reabilitação psicossocial, clínica ampliada, atenção psicossocial... e também uma clínica que diga respeito ao psiquismo, ao inconsciente e à dimensão institucional. Não uma ou outra, mas cada uma se propondo a oferecer aquilo que pode, no seu campo específico, sem negligenciar nenhum - tal como nos ensina a Clínica Ampliada.

Se a Reabilitação não propõe uma clínica do sujeito psíquico, não podemos esperar isso dela. Se apostamos na hipótese do inconsciente e dos efeitos deste na dimensão institucional, precisamos de uma clínica do sujeito do inconsciente, que abra espaço para a sustentação das diferenças e espaço à singularidade, é preciso abrir espaço para esta clínica. Uma clínica que, portanto, não se contradiz à proposta antimanicomial. Espaço também para uma clínica psicanalítica, que ao longo de sua história já deu provas de que tem muito a oferecer à proposta antimanicomial, que desde o seus primórdios aprendeu a se calar e se abster para que possa aí um sujeito emergir. E não é isso que a Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica e a própria Reabilitação Psicossocial sustentam? A possibilidade de ser e viver de cada um? A condição dos usuários serem cidadãos, sujeitos de direitos? (Que possamos abrir espaço também ao sujeito do inconsciente.). Sem clausuras, sem normativas pré-estabelecidas, sem modo de vida prescrito? A psicanálise pode contribuir para que possam se constituir sim como cidadãos, *cada um a seu modo*.

Referências

- AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (Orgs). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- _____. O Inverso do inverso do inverso: sobre a invenção de caminhos na desinstitucionalização. In: FALEIROS, Eva Teresinha Silveira; CAMPOS, Thiago Petra da Motta; FALEIROS, Vicente de Paula. (Org.) *Portas Abertas à Loucura*. Curitiba: Appris, 2017.
- _____.; CRUZ, L. B. (orgs.). *Saúde mental, formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- ARBEX. Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina. (orgs.). *Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo*. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.
- BASAGLIA, Franco. (1982) Prefácio a *Il giardino dei gelsi*. In: _____. AMARANTE, Paulo (org.) *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BELLONI, Fábio. Os manicômios hoje se chamam comunidades terapêuticas. Entrevista. *Portal EPFJV*. Faculdade Osvaldo Cruz – Fiocruz. N. 88, 2014. Consultado em 30 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=88>
- BEZERRA, Daniela Santos. *O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: política e psicanálise oito anos após a lei 10.216*. Curitiba: CRV, 2013.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- BLEGER, Jose. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- _____. *Simbiose e ambiguidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
- _____. *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. El grupo como institución y el grupo en las Instituciones. In: KAËS, R. et al. (Orgs.), *La institución e las instituciones: estudios psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

BRASIL. *Lei 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Consultado em 23 de junho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

_____. Ministério da Saúde. *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Consultado em 23 de junho de 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Consultado em 10 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: a clínica ampliada* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Consultado em 25 de dezembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Consultado em 25 de dezembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Consultado em 19 de julho de 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007. Consultado em 19 de julho de 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf

_____. Ministério da Saúde. Área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/ DAPES/SAS/MS. *Rede de atenção psicossocial*. 2012. Consultado em 19 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde mental em dados – 12, Ano 10, n.12, outubro de 2015*. Brasília, 2015. Consultado em 24 de setembro de 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/801-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental>

_____. Ministério da Justiça. *Base de dados comunidades terapêuticas*. Consultado em 30 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/comunidades-terapeuticas/resource/ce1a09d5-2f54-4f16-bb64-3d634d771c8f>

BROIDE, Jorge; BROIDE, Emilia Estivalet. *A psicanálise em situações sociais críticas*. São Paulo: Escuta, 2016.

BROIDE, Jorge. A construção de dispositivos clínicos. In: BROIDE, Jorge; BROIDE, Emilia Estivalet. *A psicanálise em situações sociais críticas*. São Paulo: Escuta, 2016.

BROIDE, Emilia Estivalet. Porosidades clínicas: diálogos entre a psicanálise e a saúde coletiva. In: BROIDE, Jorge; BROIDE, Emilia Estivalet. *A psicanálise em situações sociais críticas*. São Paulo: Escuta, 2016.

BRUM, Eliane. Os Loucos Somos Nós. In: ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, Rosana Onocko. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde mental. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago, 2001.

CASTANHO, Pablo. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. *Vínculo - Revista do Nesme*, v.9, n.1, p. 47-60, 2012.

CINALLI, Fernanda Zanetti Cinalli. 2013. Por uma clínica psicanalítica na saúde pública. Publicações - Centro de Estudos Psicanalíticos. Consultado em 02/10/2017. Disponível em: <http://centropsicanalise.com.br/coloquio-interno-trabalhos-selecionados-1o-semester-de-2013/>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista Saúde Pública*. Santa Catarina, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar., 2013.

DUARTE, Roberto de Jesus. A intersetorialidade a partir da construção de um caso clínico: aproximações entre clínica ampliada e a psicanálise. *CliniCAPS*, v. 6, n. 17, 2012.

ENRIQUEZ, Eugène. El trabajo de la muerte en las instituciones. In: KAËS, Renè. *La institución y las instituciones: estudos psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

FARR, Robert M. *Raízes da psicologia social moderna*. Petrópolis: Vozes, 1998.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção. 1989. *De como emerge a questão do narcisismo e da alteridade no grupo operativo*. Tese de Doutorado em Psicologia Social - Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 1989.

_____. A subjetividade à luz de uma teoria de grupos. *Psicologia USP*, v. 5, n.1/2, p. 285-296, 1994.

_____. Saúde Mental: a clausura de um conceito. *Revista USP*. n.43, p. 90-99, 1999.

_____. *Negatividade e vínculo: a mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Régia; COSTA, E.S. (Orgs). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.

_____. Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In: _____ (Orgs). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2009.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FREUD, Sigmund. *Conferências XXVI. Teoria da libido e narcisismo*. Edição Standard das Obras Psicológicas de Freud. Salomão, J. (tradução). Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*. Edição Standard das Obras Psicológicas de Freud. Salomão, J. (tradução). Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

_____. *Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna (1908)*. Edição Standard das Obras Psicológicas de Freud. Salomão, J. (tradução). Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

_____. *Totem e tabu (1912-1913)*. Edição Standard das Obras Psicológicas de Freud. Salomão, J. (tradução). Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.

_____. A negativa (1925). Edição Standard das Obras Psicológicas de Freud. Salomão, J. (tradução). Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996e.

_____. Mal-estar na civilização (1930). Edição Standard das Obras Psicológicas de Freud. Salomão, J. (tradução). Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996f.

_____. *À guisa de introdução do narcisismo*. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Hanns (tradução). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: _____. *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos* (1914-1916). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

_____. Uma dificuldade da psicanálise (1917). In: _____. *História de uma neurose infantil ("O Homem dos Lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos* (1917-1920). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b.

_____. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: _____. *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos* (1920-1923). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FUSTIER, Paulo. *Le travail d'équipe em institution: clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris: Dunod, 2015.

GAILLARD, Georges. Aparentagem psíquica, destrutividade e Kulturarbeit: elementos para uma clínica da instituição. *Percurso* 52, p. 17-26, junho, 2014.

_____; Castanho, Pablo. Vínculo genealógico e o trabalho de historização em instituição. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*. Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro, v. 30, n. 33, p. 119-135, 2014.

GIOVANETTI, Rodrigo Manoel. A clínica ampliada do autismo e a presença de pais e familiares em CAPSi. In: RAMOS, Magdalena. *Novas fronteiras da clínica psicanalítica de casal e família*. São Paulo: Escuta, 2016.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. v. II, n. 2, 83-96, 2004.

HINSHELWOOD, Robert D. O que acontece nos grupos: psicanálise, o indivíduo e a comunidade. Tradução de Eliana Borges Pereira Leite. São Paulo: Lettera Editora e Livraria, 2003.

KAËS, Renè. Realidad psíquica y sufrimiento em las instituciones. In: KAËS, R. *et al.* *La institución y las instituciones: estudos psicoanalíticos*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

_____. *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

_____. *As alianças inconscientes*. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

_____. *L'extension de la psychanalyse: por une metapsychologie de troisième type*. Paris: Dunod, 2015.

KODA, Mirna Y. *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial*. 2002. 186p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2002.

LACAN, Jacques. O estágio do espelho como formador da função do eu. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2012.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MATOS, O.C.F.. Cidadania: espaço público e tolerância mestiça. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Régia; COSTA, Eliane Silva (Orgs). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.

MICHAELIS Dicionário brasileiro de língua portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2017.

MINAYO, Cecilia de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

OMOTE, Sadao. Estigma no tempo da inclusão. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v.10, n.3, p.287-308, set./dez., 2004.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde* (Impresso). v.12 n.2, São Paulo, ago, 2010.

PARANA. Governo do Estado do Paraná. *Definição de saúde mental*. Consultado em 11 de abril de 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>

PASSOS, Izabel C. Friche. O falso dilema 'político' versus 'clínico' In: _____. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesas e italiana*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PINEL, Jean-Pierre. Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle IN: *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n.13. Toulouse, Erès, 1989.

_____. A construção do dispositivo de intervenção à prova das mutações institucionais contemporâneas. In: NICOLLE, O.; KAËS, R. (Orgs.). *A instituição como herança*. São Paulo: Ideias e Letras, 2011.

PINHO, Leandro Barbosa de. *Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica*. 2009. 344p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2009.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematicando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PITTA, Ana. (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

QUINODOZ, Jean-Michel. *Ler Freud*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RIBEIRO, Fernanda Mendes L.; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface: comunicação, saúde, educação*, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. *Revista Per la salute mentale / for mental health*. Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, n.1, 1988. Tradução Maria Fernanda de Silvio Nicácio. Consultado em 30/09/2016. Disponível em: http://www.oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2a edição (1999). Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCARCELLI, Ianni Régia. *O Movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. 1998. 149p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1998.

_____. *Entre o hospício e a cidade: dilemas do campo da saúde mental*. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), p. 263-285, 2006.

SILVIA, Gelcimary Menegatti da; et al. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 7, n. 2, p. 161-167, jul. /dez. 2015.

TENÓRIO, Fernando. Questões para uma atualização da agenda da reforma psiquiátrica. In: COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata. Gomes (orgs.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Abordagens psicossociais - v.1: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec, 2009.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*. v.1, n.1, p. 1-9, 2010.

_____.; ALKIMIM, Wellerson Durães de. (Org.). *Novas conferências*. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

YASUI, Silvio. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação

Título da Pesquisa: A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial
 Pesquisadora responsável: Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti
 Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Universidade de São Paulo
 Contato: (11) 99552-3450 / (11) 3091-4184

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da pesquisa "A negação da clínica na Saúde Mental: impossibilidade para sustentação da proposta antimanicomial", sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti, que tem o objetivo de investigar como os profissionais dos CAPS organizam e embasam seu trabalho na sua dimensão prática e teórica.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de participação em grupo operativo, um grupo de conversa sobre questões relacionadas ao trabalho em equipamento de saúde mental, que ocorrerá em três sessões de duração aproximada de 90 minutos cada. Essa pesquisa se faz importante por buscar favorecer uma maior compreensão do funcionamento dos serviços e como consequência buscar auxiliar no seu aprimoramento. Esperamos que os serviços de saúde mental possam se beneficiar desta pesquisa no sentido de aprimoramento de seus dispositivos e que os grupos operativos possam proporcionar aos participantes um momento de reflexão e maior compreensão sobre sua própria atuação nos CAPS. Como possíveis riscos, apontamos a possibilidade da não observação dos benefícios esperados acima descritos.

Sua participação é voluntária e caso aceite participar, estará contribuindo para favorecer a ampliação do conhecimento científico a respeito do tema. Se depois de consentir sua participação o Sr(a) desistir, tem o direito e a liberdade de retirar sua participação em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Durante a pesquisa, na qualidade de participante voluntário, poderá sanar suas dúvidas diretamente com a pesquisadora nos telefones de contato acima citados.

Ao concordar participar da pesquisa, você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para eventuais dúvidas.

A presente pesquisa tem por compromisso ético garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do participante. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo preservada em sigilo.

A presente pesquisa não cobrirá eventuais despesas dela decorrentes, bem como não indenizará caso os benefícios não sejam observados.

Para qualquer outra informação ou dúvida, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora nos telefones acima citados ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – CEP-IP/USP, no seguinte endereço: Av. Professor Mello Moraes, 1721 Bloco G, 2º andar, sala 27 – Cidade Universitária – São Paulo – SP e telefone (11) 3091-4182.

Consentimento Pós-Esclarecimento

Eu, _____, portador do RG _____ declaro que fui informado sobre a pesquisa e que concordo em participar como voluntário da mesma, estando de acordo com todas as condições mencionadas acima.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Pesquisadora

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE B - Transcrição de áudio dos grupos operativos

Primeiro grupo operativo

Coordenadora: Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti

Observador: Rodrigo Manoel Giovanetti

Participantes: Participante 1 (P1), Participante 2 (P2), Participante 3 (P3), Participante 4 (P4), Participante 5 (P5), Participante 6 (P6)³³

Fernanda: Então gente, eu vou explicar um pouquinho da pesquisa, acho que cada um pegou uma parte [das explicações anteriores] então a proposta é a gente fazer um grupo operativo. São 3 encontros a proposta, então hoje, a próxima quarta, dia 20 e a quarta seguinte, dia 27. São três quartas seguidas e a proposta de ser do meio dia e meia às duas, uma hora e meia de grupo. Então o grupo operativo é um espaço de conversa, um espaço de debate, da gente poder ter aqui um espaço pra conversar. O que eu tinha apontado já antes é que a ideia não é simplesmente eu vir aqui pra coletar dados até porque eu já estou participando do CAPS, né, então pra gente poder ter um espaço de conversa mesmo. Ter um espaço pra gente poder pensar um pouco sobre o CAPS, sobre as questões que a gente vem trabalhando aqui, né? E aí então, o grupo, o grupo operativo em geral então conta com um coordenador, eu que vou fazer essa função e um observador, o Rodrigo que vai fazer essa função.

Fernanda: O observador tem a função de fazer as anotações do grupo, das falas, enfim, e é isso que ele vai fazer embora num contexto de pesquisa eu precise da gravação, que eu já havia comentado com vocês

P1: Uhum!

Fernanda: Então a gente vai gravar também, tá bom?

P2: Tá.

Fernanda: Queria só reafirmar que como qualquer pesquisa tem um caráter de sigilo, que o que a gente fala aqui vai servir de informação pra pesquisa que tem como objetivo pensar o contexto mais macro da Saúde Mental não especificamente desse CAPS e nem individualmente de ninguém. Então a ideia que a gente tem é pensar a Saúde Mental e a gente tem o compromisso de sigilo com vocês.

P3: Você está fazendo onde?

Fernanda: Na USP, na Psicologia Social

P4: As outras todas são individuais? Só a nossa em grupo?

(Pessoas falam ao mesmo tempo, informando que a pesquisa é só neste CAPS)

Fernanda: Isso, é só aqui.

³³ Nomes omitidos para preservação do sigilo (numeração corresponde à ordem em que os participantes tomaram a palavra para si no grupo).

Fernanda: Então é isso, o grupo operativo sempre gira em torno de uma discussão, de um tema de debate, então queria fazer essa proposta pra vocês, da gente ter como tema de conversa e de debate hoje, nesses grupos, eu gostaria que vocês destacassem os pontos que vocês consideram relevantes pro desenvolvimento do cuidar no CAPS. Que a gente pudesse então debater isso hoje: Os pontos relevantes que vocês consideram cuidar do CAPS.

P2: Já está gravando faz tempo?

Fernanda: Já está gravando.

P1: Ah minha nossa Senhora

P2: Desde a hora que a gente tava falando outras coisas?

Fernanda: Um tempinho atrás.

P1: Desde a hora que eu cheguei dizendo assim: "Eu esqueci do negócio".

riso)

P3: Eu acho interessante ela ter gravado porque a gente opera enquanto uma equipe já faz bastante tempo, né? A gente é grupo assim. A gente é grupo! Acho que a gente está pra além do CAPS em alguns aspectos. Tipo... assim... Deixa eu só entender uma coisa: o que que é relevante para o cuidar no CAPS em função de grupo ou em função de uma coisa ampla...?

Fernanda: É pra gente ter um espaço de pensar, de debater, o que vocês consideram, o que vocês destacam como relevantes nesse processo de cuidar? O que vocês destacam como relevantes nesse desenvolvimento do cuidar, nesse processo de cuidar no CAPS.

P2: Bom, eu, assim, só vou começar falando uma coisinha. O primordial, o essencial, o fundamental é sempre pensar na questão do cuidado em liberdade.

P1: Uhum!

P2: Independente do que venha a aparecer, a surgir, mas sempre tendo uma perspectiva, um olhar de que a gente vai cuidar daquele sujeito de forma, né, num contexto de liberdade. Vou seguindo nessa linha de raciocínio em cima de qualquer ação que eu venha a produzir. Seja com o usuário, seja por um contato por telefone, né, com alguém que está numa situação de risco, uma situação de crise. Ah mas... hoje mesmo, engraçado que eu atendi um... o CRAS lá no V.³⁴, com uma situação de uma paciente que tava, entre aspas, surtando e aí ela queria que a gente fizesse o acolhimento hoje mas não tinha acolhimento... eu falei ó, mas péra aí, vamo analisar um pouco a gravidade, o que está acontecendo, não é de hoje essa situação de crise, vê o que você consegue fazer de vínculo... então, sempre pensando, né... e não tentar mudar ou para um setor de pronto-socorro ou para um setor de emergência que tem uma visão de que ali vai ser internado e sim pensando mesmo na questão de que como a gente pode conduzir as situações mas pensando sempre no sujeito em liberdade.

P1: Uhum!

³⁴ Nomes de localidades e pessoas - profissionais, usuários etc. - foram subtraídos para preservação do sigilo.

P3: É, eu acho que você falou aí uma coisa legal, que é a questão... A liberdade... óbvio! Mas não é isso. Eu acho que você falou uma coisa que é mais legal ainda que chama articulação de relação. Que pra você manter esse contexto de cuidado em liberdade, acho que liberdade é uma coisa tão ampla pra gente discutir aqui, porque... mas eu nem vou entrar nessa questão de só de liberdade, mas eu acho que é uma questão de preservação de relação. E aí quando você, quando você vai lá no telefone e você tem um olhar que não é apenas resolutivo de uma situação mas que é de uma percepção de um sujeito dentro de um contexto ampliado... Que eu acho que isso que é legal. Assim: ei, o que que é crise aí? Como é que é essa crise aí? Aí você já chega pra articular com o outro, estabelecendo uma relação onde você estabelece reflexão. Você não fica assim: Resposta. Porque o que eu acho que é demandado muito em saúde pública, em saúde em geral, né, eu acho que no mundo, hoje em dia, né, é pá-pum. As pessoas querem respostas imediatas às questões levantadas: "estou com uma unha encravada. Tire aí minha unha encravada, agora". Ninguém fala assim: Não, mas porque encravou, porque eu uso sapato errado, que eu piso errado... Ninguém olha pra um contexto amplo. E isso só existe se a gente tiver vontade, disponibilidade, interesse em... re-la-cionar. Então, quando você pega o telefone e fala: "Hello, tá, crise. Você quer que eu atenda agora, já". Ok! Como é que você está enxergando que crise que é essa, por que que pra você é uma crise, por que que pra ela é uma crise... né? Mas é lógico que vai ter algum momento que a gente vai ter que ser pá-pum. Isso é óbvio! Isso a gente tem que ter uma noção bem clara de que tem coisas que serão... né? Um infarte agudo do miocárdio... desculpa, né?... diagnosticou o que é, vamos levar pro pronto socorro, não dá tempo de ficar pensando 10 vezes. Mas, eu acho que em saúde mental, são raros os momentos em que é...

P1: Imediato?

P3: Imediato! Isso pra mim é muito claro. Porque... Primeiro que é assim, né, quando a gente fala em imediato não pensa em saúde mental e sim em doença mental, né? Então assim, eu acho que doença mental a gente tem quatro situações que são supergraves: O surto psicótico com liberação de heteroagressividade, a tentativa de suicídio eminente com risco à própria vida, um quadro de agitação psicomotora com liberação de auto e heteroagressividade, tá?... e uma intoxicação exógena por qualquer substância, pode ser remédio ou o uso de substância aguda... substância de dependência... qualquer coisa que corra risco de patologia. E aí, as neuropsiquiátrica com essas convulsões subentrantes e TCE e lesões cerebrais agudas. Fora isso, gente, eu não entendo que saúde mental é uma coisa de... ó!... urgência! É muito raro urgência na minha cabeça em saúde mental. Isso assim... pra mim, né? Quando eu penso em contexto de cuidado em saúde mental, eu penso: O que é isso? Oi, como é que você enxerga? É dar espaço pro outro falar o que ele tá vivendo ali também, né? Então, é mais do que dar uma resposta, é estabelecer um diálogo. Não sei se é isso.

P1: Uhum!

P4: Eu acho que a gente trata com o vínculo. O vínculo saudável. Tá além dos muros do CAPS. Eu acho que quando a gente está falando de vínculo, de criação de vínculo saudável é aqui, mas é pra fora!! A ideia não é ficar no CAPS, né? É trabalhar o protagonismo dos usuários, da família e eu acho que o grande desafio é a gente encontrar essa cultura manicomial mesmo.

P1: Uhum!

P4: Acho que em relação a nós mesmos!

P1: A nós mesmos!

P4: E com um outro que tem um jeito manicomial mesmo de... de... de pensar as questões que... é... que nos angustia, né? Eu acho que... ter o vínculo é... nós... principalmente a gente aqui no... nos CAPS, CECO também, mas o grande desafio é a... essa criação de vínculos, pensando nesse cuidado em liberdade... Tem hora que assim eu... eu... eu... me pego muito... é... muitos aspectos aqui quando a questão é de crise, é grave... da gente pensar no primeiro momento: internação! Fechado! Quando a gente tem equipe... quando a gente tem esse espaço de equipe, de pensar junto, de que esse... esse cuidado não dá pra ser feito, jamais, de um jeito... (incompreensível)... por disciplinas, tem que ser disciplinar, transdisciplinar até, pra gente poder refletir e pensar em outras possibilidades, mas sempre os vínculos saudáveis! A gente vai criando, pensando nesse cuidado, em liberdade! Esse é o grande desafio do CAPS. Eu acho que um dia meu sonho é de não existir mais CAPS, né? Assim... que a gente não precise mais disso. Não sei quando mas... que esse cuidado seja feito... no mundo.

P3: Ô P4... Vocês viram aquela coisa da exposição que rolou lá do Santander, lá em Porto Alegre?

P1: Ah, eu vi alguma coisa, mas eu não consegui entender ali o contexto...

P3: Vocês viram isso? Vocês chegaram a ver isso? Foi inaugurada uma exposição, num espaço no Santander com umas imagens feitas por 81 artistas, e um grupo social, saiu da... Movimento Brasil Livre, MBL, saiu criticando pra caramba dizendo que promovia pedofilia, promovia a homossexualidade, promovia... uma série de questões. Aí... fecharam a exposição e aí eu tava escutando, eu tava lendo o depoimento do curador dessa exposição, que é um tremendo cara, super ligado à arte tal... e ele tava falando que foi a primeira exposição *queer* que aconteceu no Brasil e que ele queria trazer a discussão da cultura *queer*. Que eu não sei nem se vocês sabem do que eu estou falando...

P1: Uhum!

P3: É, então.

P1: Que cultura é essa?

P3: É.. E aí assim, o que houve foi que ele trazia um olhar cultural de ponta sobre uma temática, que é a temática do divergente, né, meio esquisita, meio estranha, que é uma coisa bem diferenciada, gente, tem que ler e estudar a respeito, porque... pra ter uma ideia do que está na cabeça de muito jovem hoje em dia. E aí o cara estava fazendo uma coisa super ampla, do mundo, pra gente discutir no Brasil e de repente a resposta brasileira foi: tranca, fecha, acaba! Pum!... Pá! Pum! Pum! Pá!

P1: E os promotores entraram na justiça.

P3: E aí, ele tava falando que tá abismado com essa questão e aí assim, eu faço parte de um grupo de whatsapp que eu fiz parte de uma comunidade é... cristã, né, de jovens católicos da igreja católica e aí, um pessoal tava tendo... acho que parece que tem um personagem numa novela aí que eu não sei o que rola e fala que ele tá no corpo errado, né? Que é uma personagem mulher, eu acho, que diz que tá no corpo... Sei lá, não sei!

P4: Trans?

P3: É... sei lá qual é a parada! Aí o pessoal tava metendo o pau no grupo, né? Meu, aquilo me subiu na cabeça! Eu acho que escrevi umas 40 coisas lá falando exatamente disso. Que se a gente ficar negando a existência da divergência, a gente vai excluir alguns X% de população pra um lugar, que é o lugar do nada! E que isso é muito sério. E que... assim... do ponto de vista de saúde mental, eu não consigo pensar nisso. Porque eu olho as pesquisas, por exemplo, em relação à transsexualidade na Holanda, trabalhos científicos que eu vejo de publicações e tal, as pessoas tem uma preocupação de cuidado que às vezes demora 10, 15 anos até pra falar que é trans, não é trans, o que é trans, porque deixa de ser trans... E com uma seriedade, um apropriadamente, de respeito ao outro e que eu tô vendo que aqui nesse País... a coisa tá meio... que não é por aí, não. E eu tô com muito medo...

P4: Nós temos muitos manicômios. Internos e externos a ser desconstruídos, né? Muita... muitas coisas pra ser desconstruída!

Fernanda: O que são esses manicômios internos?

P4: Esse é um manicômio interno. Você fala da gente não conseguir lidar com essa diferença de gênero. Você vê toda uma cultura... é...

P3: Você tá falando do preconceito, né?

P4: É, é. Preconceito. De não poder da dentro da... ter uma norma estabelecida e tudo que vai contra essa norma precisa ser fechado, excluído, trancado... É... é um movimento perverso, né? Nas reunião de rede³⁵ a gente tem falado muito sobre isso. Nas reunião de rede... né P1? Eu vi na reunião de rede 5, eu sei que na reunião de rede 5 teve também uma conversa sobre essa questão da... da identidade de gênero e as violências que tem surgido... Na reunião de rede 1 nós também conversamos, o pessoal do CECO tem falado sobre a gente se organizar de uma forma mais... sistemática em rede pra lidar com essa questão, que é um pensamento manicomial, é um jeito manicomial de ir lidando com as diversidades sexuais, né? As diversidades de gênero. Eu fico pensando no... é... como é que é isso, como é que a gente enquanto CAPS tá implicado nisso, sabe?

P1: Uhum!

P2: Falar mais uma coisinha?

P1: Uhum!

(Falas ao mesmo tempo)

P2: É que eu escrevi a pergunta, né? E eu fico imaginando assim... quando penso assim em pontos relevantes de cuidado, né, falei um pouco da questão da liberdade, mas eu penso de que a gente consegue é... produzir muito quando a gente consegue sair, né?

P4: Isso!

P2: O CAPS, ele precisa... é... tá descrito a essa necessidade que a gente tem enquanto profissional de sair. Porque até então, a gente espera as situações vem pra gente poder fazer essa tal da resolutividade porque as pessoas só nos procuram quando a bomba já está estourando e aí a gente também tem uma certa dificuldade de lidar com essas situações. Acho que um ponto bem relevante nesse... de cuidar de um CAPS mesmo é a a gente poder sair, poder dialogar em situações mais brandas, né? Em poder estar e aí aos poucos, não vem um tsunami nos nosso peito e a gente tem que resolver, né? Eu acho que a gente consegue amadurecer muito as relações, as nossas relações até pra esses tsunamis virem com menos ondas, né? E... acho que é primordial a gente poder ter essa possibilidade enquanto equipe, de poder fazer cuidado em território, né? E que nem sempre... posso tá falando errado, na nossa legislação enquanto CAPS, nos dá esse favorecimento de estar dentro do território, né? Porque é a equipe mínima, é quantidade isso... só que assim, é essa a equipe mínima pra fazer toda uma Reab, né? Como que a gente... e... e... o foco principal é uma Reab lá no território... é a gente realmente, né, fazer com que as pessoas possam assumir os seus papéis dentro desse território, tando dentro de um CAPS, com pouco... nessa... o que eu faço primeiro? Como que eu consigo conduzir essas situações.? Acho que um ponto... é... o nosso cuidado ele precisa ser mais pra fora, mas a própria legislação nos empurra um pouco pra dentro. Porque a gente não tem pernas, né? E mesmo que coloque um batalhão, não só pela quantidade, pode colocar um batalhão, se esse batalhão ficar dentro... Não vai adiantar.

P4: É isso mesmo!

³⁵ Nome substituído para preservação do sigilo.

P5: Isso eu concordo plenamente... E eu acho que as ações no território, né? Por conta disso mesmo que nós já nos dividimos em reunião de rede, então cada um tem que conhecer bem o território aonde, né, de sua atuação, porque se está fora do CAPS, não é do outro lado da rua do CAPS ou 2 quilômetros do CAPS. É lá num território do qual a gente é referência. E aí tem essa parte da P2... a gente tem equipe mínima, e mesmo dentro dessa equipe, acho que a gente teria que ter, é... uma... sei lá, uma organização tal que mantivesse dentro do CAPS o mínimo de pessoas necessárias, porque acho que o CAPS também, como ele é muito procurado as coisas pipocam, né, tá tranquilo na unidade, daqui a pouco, não sei, né? Então deve ter uma organização que as pessoas tenham um tempo pra fazer as coisas no território, tranquilo, com garantia de que lá no CAPS também tá coberto, né? Agora eu acho que é... são... a gente tem que... tentar todo esse território, não é? Que acaba não sendo uma tarefa muito fácil por conta que é ínfimo o tempo que a gente tem aqui e pela própria organização da equipe e eu acho que isso torna mais difícil, né?

P3: Isso que você está falando da ação no território, né, de estar no cuidado lá, né... O médico psiquiatra é aquele que dá remédio de doido que tá na crise, né? Então, o papel do médico psiquiatra dentro da psiquiatria social, por exemplo, né, uma coisa que Pichon fala muito sobre isso, né? É... Ele vai entrar, ele está indo dar o remédio pro doido que tá na crise pra promover as habilidades do sujeito que não está na crise, né? Que é outra conversa. É... E aí eu acho que a interface disso, com o senso público de saúde... porque eu não penso só no mental, né? Eu penso na saúde pública. Porque eu acho que a saúde pública tá numa crise muito grave nesse País... seríssimo! Crise de gestão! É... Econômica inclusive, né? Várias questões aí. Aí assim, é... eu acho que a interface seria a medicina preventiva, a medicina sanitária, né, que muda um pouco de nome quando começa a abordagem de saúde da família, né, o conceito de saúde da família. Então eu acho que o grande interlocutor para o cuidado no território é a saúde da família, né?

P1: Uhum, Uhum!

P3: Eu acho, né, assim... Não sei como é que vocês pensam isso.

P1: Também.

P3: O que eu acho é que a gente... a gente, não tem todos esses braços, né, mas a gente tenta. Então a gente tenta fazer que nem um polvinho, né, põe uns oito braços pra fora, mas a gente tem que botar um monte de dedos nos bracinhos porque o território é muito grande, né? E aí eu acho que....

P5: Mas aí eu fico pensando assim... eu acho que quem trabalha em saúde mental, quem trabalha em um CAPS... é uma visão totalmente diferente da visão do... da estratégia da saúde da família. Totalmente. É, né, bem diferente mesmo. Tanto é que...

P3: É... Eu não sei como é que tá a visão da estratégia de saúde da família...

P5: É, eu acho que...

P3: O que eu sei na teoria é bem legal.

P5: Então, na teoria, é...

P3: Mas na prática, não sei...

P5: Mas eu acho que a teoria é super bacana, só que sem vivência, ela não deixa de ser apenas uma teoria, né? De teorias o mundo tá cheio. Acho que o que falta é arregaçar a manga e fazer as coisas acontecerem.

P3: Sim, mas eu não sei o que é que tem de estratégia saúde da família...

P5: Então, eu acho que... é... nós temos muito a contribuir enquanto equipe CAPS. Um dia eu até tava comentando com o pessoal da recepção: Por que que as pessoas ligam pra um CAPS querendo saber coisas que... nada a ver, entre aspas, né, de saúde mental? É porque sabe que dentro do CAPS tem pessoas que estão super, mega dispostas a ouvir... sabe? A ouvir. E se não dá uma resposta, mostrar caminhos... Então a gente vive recebendo aqui na porta do CAPS coisas que você fala assim: Uai!!... Mas tem a ver! Tem a ver porque eu acho que a visão de quem trabalha em saúde mental é mais ampliada. E por conta disso, penso que nós temos muito, temos até obrigação de levar respaldo para o território. E a gente não perca o foco de qual é o nosso território. Porque às vezes a gente acha que o nosso território são os arredores e não é. É lá! Sabe, o meu é lá no S.M., J.C., é lá no V.V., sabe? É lá no F.³⁶... meu território é lá. Tem um monte de ideia, de coisas que eu gostaria de fazer. O máximo que eu consigo fazer, de vez em quando, é uma discussão pelo Whatsapp, né, mais raramente uma visita compartilhada...

P3: E com quem você compartilha as suas visitas?

P5: Eu compartilho com agente comunitário de saúde, o ACS responsável...

P3: Que é... que é um ser que tá ligada à estratégia saúde da família!

P1: Uhum.

P2: Mas assim...

P5: E é um ser...

P2: Isso aí mesmo...Desculpa!! É que é assim, eu consigo perceber o que é a P5 tá falando no sentido que assim... Existe um formato, é muito bacana teoricamente, mas a gente sabe que esse funcionamento, até da própria atenção básica é mais no quesito de... de Pá! Pum! Consulta! Diagnóstico! Pá! Pá! Pá! Pá! E que não segue a proposta que deveria seguir, né? Acho que... quando a gente pensa na questão da própria saúde mental que tem toda aquela história com a Carta e a gente, né, vive compartilhando nessa trajetória, é... isso já é permeado dentro do território. Então, se a gente não se utilizar de nós mesmos ir lá e... e fazer junto, a gente não consegue fazer com que o território modifique o olhar, que as ações consigam ser feitas... Só através do que é o projeto teórico, entendeu? Precisa ir... A gente precisa ir, precisa emprestar pra eles aquilo que a gente já faz aqui. Ir pra lá. A gente só vai conseguir modificar o cuidado ou modificar as relações e a forma que é se a gente for pro território e ficar lá e permanecer no território. Porque eu já tive a oportunidade de não permanecer no território e ver tudo retroceder, né? É como se dissesse assim: Caraca! Mas a gente fazia junto aquilo ali! Por que que não faz mais? Porque querendo ou não, do meu ponto de vista, lidar com conteúdos tão próximo da nossa realidade que não tá nem tomando remédio, que é de todo mundo a saúde mental, transtorno mental é de todo mundo, é... não fixa, não fixa, as pessoas não fixam as ações e eu acho que a gente tem que realmente pensar num CAPS mais aberto. E acho... e volto pra norma. Volto pra norma. A norma, a legislação em relação à funcionamento de CAPS, ela não te dá oportunidade de você realmente fazer o cuidado nos territórios. Ela apenas fala, né, que o CAPS serve pra isso, pra matricular, pra não sei que, pra não sei que, pra não sei que...

P1: Mas o apelo...

P2: Mas concretamente assim... da gente poder mostrar é... como trabalhar em saúde mental na ponta, ainda é... é muito desfavorecido...

P3: Isso não é matricular? Mostrar que um trabalho lá na ponta, não é matricular?

P2: Também.

P1: Também, mas não é tudo, né?

³⁶ Nomes de bairros, subtraídos para preservação do sigilo.

P4: Mas a gente só consegue matricular quem já faz... alguma coisa.

P1: É!

P4: E nessa relação a gente também se transforma, né?

P1: É!

P4: A gente não vai lá só pra matricular...

P1: É!

P4: Acho que... é uma via de mão dupla.

P2: É junto. É o fazer junto!

P4: É o fazer junto! E eu acho que essa é uma forma de... de... é um trabalho com as reunião de rede... Essa tecnologia das reunião de rede é uma das formas de estar num dos territórios. Porque todo território é nosso. Eu acho que a gente precisa olhar. Acho que assim... A gente está de novo falando sobre essa cultura manicomial, e eu acho também isso P2 que você fala que acho que é muito importante... Se a gente não for para além daqui, a gente não quer um Capscômio... as coisas não estão toda prontas e acabadas. A gente tem que desconstruir ainda muita coisa. A gente tem uma cultura aí, desde o século XIX e... e essas normas, e essas formas de... de... de pensar um trabalho no CAPS são muito novas. A gente tem muita coisa a fazer ainda.

P2: E, cara...

P4: A tecnologia de reunião de rede é uma das coisas...

P2: E não adianta a gente fazer pauta... Adianta, é bom, é lógico que a gente tem que fazer: palestra, né, congresso, falar, ir lá, ensinar, explicar, falar fluxo...

P6: Todo mundo vai escutar. Todo mundo...

P2: ...Amanhã esquece. Se você não estiver lá produzindo junto o cuidado ali com ele...

P4: É, isso... Tem que ter uma coisa sistemática...

P2: Eu acho que isso é primordial pro CAPS.

P3: E vocês contam, ó... porque assim... de boa, duas experiências que eu tive na vida... eu saí do CAPS em algumas ações. Eu fui fazer VD, eu fui fazer consulta em atendimento de rua... Fui resgatar sujeito de rua também, mas não sei muito do CAPS porque... eu tô aqui vendo os pacientes, tá? É... não tô dividida em rede, né? Eu não faço parte da rede.

P6: Você faz parte de todas.

P4: Você faz na verdade...

P3: Um pouquinho de cada uma.

P1: É.

P3: Mas não faço... não vou lá... mas duas experiências que eu tive que são muito icônicas pra mim. Uma experiência foi conseguir articular um cuidado com um enfermeiro da estratégia de saúde família, que deu um super resultado, porque ele bancou essa articulação de cuidado...

P4: Quem que foi?

P3: O C..

P4: O C.! O C. do S.M.³⁷?

P3: É! O C.! que era um menino...

P4: Ah! sei, sei!

P3: ... um menino que não saía de casa e de repente tá circulando. E o outro foi o caso de uma outra moça que também tinha o histórico de um pseudo-pânico, eu cheguei lá e vi que não... né? vi que tinha um pânico mas também tinha uma história de violência, situação de rua por ser homossexual e lá, lá, lá... e a hora que eu aponto isso pra psicóloga eu sou entendida como: "não você está errada, ela louca. Ela é psicótica, não consegue sair de casa porque ela é psicótica". E a hora que eu solicito que a gerente do posto, na época, me mantivesse cuidando dela com Fluoxetina e Benzodiazepínico porque era uma pessoa que tinha um pânico... Um pânico por trauma caceta! A mulher tinha sido violentada na Avenida Paulista, espancada por ser gay! Então ficou com medo de sair de casa. Gente, "hello!" né? Stress pós-trauma!

P1: Sim!

P3: A hora que converso tudo isso com a equipe de saúde mental e com a agente da UBS eu sou chamada de louca. E aí a pessoa se recusa a fazer a minha conduta. Então assim, "hello", então até que ponto um me validou enquanto cuidado: ele foi comigo, entendeu o meu olhar, respeitou o meu olhar... Eu me senti... com o C., né, que era o enfermeiro do S.M., que depois foi embora, que depois eu também não sei como é que ficou o C.. E esse outro caso, era uma menina que na época, lá no S.E....

P2: Depois de...?

P3: Já passou, já passou, já passou... Faz tempo! E aí assim, "hello", ei, pera aí. Aí teve um outro caso que super deu certo, super deu certo que foi o menino da Olanza lá com o M.... no... no...

P4: Ah! O cubano?

P3: Do E.³⁸!

P2: Do E.!

P1: Ax. o nome dele?

P2: Não. Alr... Alr...

P3: Que foi um caso que super deu certo de eu fazer a prescrição aqui e mandar pra ele, manter contato com ele... vamo trocar figurinha. Então assim, o que eu quero dizer quando eu falo dessa situação de cuidado... né, assim... Tá, vamos supor que... território. Eu não sei e volto a falar, falei isso aqui uma vez em reunião, por isso que eu parei de participar de ambiente de rede.

P4: Mas a gente sempre conversa...

P3: Mas a gente tem que implicar...

P4: A gente sempre te procura!

P3: ... os outros médicos também.

P4: Sim!!

³⁷ Nome de bairro, subtraído para preservação do sigilo.

³⁸ Nome de UBS subtraído para preservação do sigilo.

P3: Não só o psiquiatra. Você entende? É assim: desculpa o que eu vou falar aqui: psiquiatra no conceito público, geral, é um fazedor de receitas. Por isso é que não tem psiquiatra quase mais pra trabalhar em rede pública. Porque fazedor de receita, o cacete. Então os caras fazem pós graduação, doutorado, mestrado e vão ai pra fora... pra ser respeitado porque não são fazedores de receita. Então, é... eu acho que o que tá acontecendo com a medicina no serviço público, e aí também eu acho que pouco médico quer vir trabalhar em serviço público. Eu não tenho visto muito...

P2: Mas também são resistentes, né? A mudanças, a propostas... porque elas são feitas a todos os dias. Pelo menos a saúde mental em si faz trilhões de propostas, aí os cara vem...

P3: Mas eu sei porque também existe... existe um pedido de faça receita, faz consulta, demanda, né? O cara tem que atender X atendimentos, é quatro atendimentos por hora, né... e aí mais porcentagens... produção, né? E se o cara tem que produzir...

P2: Que é o viés da atenção básica.

P3: Que escuta que ele vai ter, né? Porque a gente olha.... eu já cheguei... eu já fiz produção. Produção é um negócio que é assim: "Doutor eu estou com dor de cabeça". "Tá bom, toma aspirina, tchau" Você não quer saber se o cara está com dor de cabeça porque ele não usa óculos...

P4: Mas não é isso que a gente faz aqui né, P3?

P1: E acho que a proposta é a gente pensar o cuidado mesmo, né? O que que a gente tem de ferramentas...

P2: Que a gente acha, né, relevante...

P1: Relevante, relevante pra esse processo. Apesar das dificuldades, né?

P3: Eu acho que relevante é tirar esse conceito de produção em saúde, né? Por exemplo se você quer saber...

P2: Mas vamo falar do que...

P3: Uma produção com qualidade, né? Tem que ir lá no gestor, trocar o coco lá do gestor, né? (risos). A doida, né? Aquela que sonha, utópica!

P4: Mas a gente é... é sonhando que a gente vai indo, né? Aqui a gente faz clínica ampliada, né?

P3: Iiiiiiiisso!

P4: Isso que você tá falando é clínica ampliada.

P3: Isso é clínica ampliada!

P4: É um outro jeito de ver...

P3: Ele bancou comigo também, né?

P4: Então!

P3: Só tem que querer bancar, né?

P4: É!

Fernanda: Mas vocês estão falando de modos de cuidado muito diferentes, né? Como é que são essas as diferenças de cuidado.

P2: Quando você pergunta de modos de cuidado diferentes, na realidade, acho que a... a... me corrija se eu estiver errada, a gente está falando de um... de uma ponta do cuidado quando ela é inserida, né, mas até o momento que ela é... que ela foi inserida, teve toda uma trajetória, né, e que acredito ser relevante esse ponto, mas toda essa trajetória, porque acho que a construção... desse... desse processo...

P3: Sim, eu só consigo chegar lá se essa construção é feita.

P2: É! E que talvez a gente tenha que, né, tá mais aberto pra conseguir também tá dentro dessa construção se for permitido também no sentido de ter que fazer na-na-na-na-na... que às vezes também não tem essa permissão, né... do tempo, do momento que... eu volto a dizer da legislação, né, que também não nos auxilia a não ser promotor dessa forma de cuidar, né?

P3: É, eu acho que a proposta toda de saúde pública é de produção.

P2: Mas a gente...

P3: Eu vejo que ela é... Ela deixa de ser produção quando você inscreve o cuidado dentro de projetos... projetos específicos. Então projeto de cuidado em rede, isso valida... isso tá validado aqui. Agora... que o Ministro tá com um papo aí de que CAPS não é resolutivo... Sentou lá com o Secretário de Saúde do Estado e... hum, hum, hum...

P2: Mas por outro viés, né? Por outras argumentações e por outros desejos.

P3: Eu tô com uma paura desgraçada dessas conversa.

P2: ... (riso)... Eu penso em outro ponto também... se eu estiver errada, me corrijam. É... eu penso muito na questão da família!... Né? Acho que é um... é... é... é um... primordial!... a gente tá com... tem pessoas que não tem as famílias e tudo e que a gente vai cuidar... Não to dizendo que a gente precise pegar a família pra poder levar... cuidar o sujeito, né, dentro do seu tratamento. To falando mais... é... é... é que a família vem também com... com um tsunami, né? Como alguém que tá querendo algo e não fazendo algo junto, né? E aí eu acho que é primordial esse ponto da questão da família sempre, da gente conseguir buscar sempre a família pra esse cuidado, né? De tá tentando alimentar de que a gente precisa da família junto, né, acho que...

P5: É... porque às vezes eu sinto até que se o sujeito não tem família nenhuma, às vezes a gente consegue fazer intervenções mais positivas do que se ele tem uma família que não está junto... que aí a família acaba truncando e atrapalhando mais do que ajudando, né?

P1: Que a gente também... da família que tá próxima, que participa de forma... é... como fala?... é...

P4: Continua.

P1: ...continua!... a gente vê uma resposta, uma diferença muito grande no cuidado, na articulação com a rede, na articulação com a equipe. Então, casos assim, eles caminham muito rápido, né? A gente... vê muita diferença nesse processo... né? Acho que é muito... Eu gostaria de falar a minha ideia! (riso). Eu penso que pra um cuidado no CAPS, do... do... do usuário. Eu penso no protagonismo do usuário. Porque eu acho que se a gente não conseguir trabalhar isso, eu não sei o que... até que ponto a gente consegue articular muitas outras coisas na rede, a nível nacional, a nível da lei, entendeu? Eu penso que é muito importante... a questão do protagonismo! E eu acho que a questão do protagonismo, ele mexe com os nossos manicômios.

P4: Sim! É! É isso mesmo!

P1: (riso) Né? Com a questão da liberdade.

P2: Com a validação do sujeito.

P1: Com a validação do sujeito, né?! Eu acho que ele permeia todos esses espaços que a gente tá aqui falando.

Fernanda: Como é que é isso... do protagonismo interferir, né, nessas outras questões?

P1: É, eu acho que o... o... até que ponto a gente valida o usuário, valida as escolhas dele, né? Quando a gente fala que a angústia da... do pedido da... da... da questão da crise, da pessoa que tá em crise. Até que ponto a gente valida aquele ser humano, né? Até que ponto a gente valida a escolha daquele... daquela pessoa? Até que ponto a gente vê ela enquanto sujeito, né? Enquanto pessoa? Enquanto pessoa que decide pela história dela? E aí a gente vai ver... é o Fórum o tempo inteiro, é o CREAS... a gente pode colocar isso nas nossas discussões, que... o quanto que é... eles não olham, talvez, pra questão do protagonismo do usuário, né? O usuário não tem o direito de ser mãe do filho dele, né? A gente já tá ouvindo isso na reunião de rede: "Eu não tenho o direito de ser mãe do meu filho". Então isso é muito complicado... Né? Enquanto que essa pessoa também não tem o direito de ser ela mesma. E eu acho que a gente precisa discutir muito isso com o... o... os serviços, com a rede... E com a gente mesmo!! Né? Hoje mesmo eu estava na Ayurveda e o J. levantou, olhou pra mim e falou: "Vou... vou... vou ao banheiro". Aí na hora eu comecei a calçar o meu tênis pra ir junto com ele. Aí eu parei...

P4: Ai gente, que é isso? (riso)

P1: ...Aí eu parei e falei assim: "Cara, eu sei que pode dar alguma coisa errada, mas eu vou esperar ele voltar".

(risos)

P4: Era só uma idazinha ao banheiro?

P2: Sentimentozinho, né? De... de será que é capaz, né?

P1: É.

P2: E é!

P1: Né? Ainda calcei um tênis e tirei, Aí eu calcei e tirei. Ai eu falei: eu vou esperar ele voltar. Mas eu tava angustiada ali. Achando que ele não voltaria... ou que ele poderia se perder... ou dele não voltar... enfim... (falas de pessoas concomitantemente, ininteligível). Mas o quanto que a gente talvez, não... não... o quanto que talvez eu invalidei nesse... naquele momento de calçar o tênis, o protagonismo dele, dele ir enquanto ser, dele ser responsável... dele ter a liberdade dele e depois eu repensar essa minha ação e me aquietar.

P4: Mas acho isso tão lindo...

P3: Eu tô na maior angustia com isso daí! (riso)

P4: Olha P1, é tão bom a gente poder refletir sobre isso.

P1: Mas a gente tem, P3. A gente tem...

P3: Eu posso falar especificamente o caso...

P1: Quando o A. some, a gente se desespera, né?... a gente se agonia, a gente fica muito desesperada.

P2: Quando a gente tá na porta do acolhimento e fala: Cadê o seu acompanhante e aí você tem que recuar e falar porque que tem que perguntar "cadê seu acompanhante?". Né? (riso)

P3: Quando o C.A. pede um passe livre, né?

(Falas concomitantes, ininteligíveis)

P1: Quando... quando a gente... quando a gente... quando a gente discute esse tema, né? Quando você discute a questão da... da... da B. ... Claro que você foi enquanto uma técnica de... de... de serviço de saúde. Mas eu, enquanto ser humano, com a perna inchada, não posso frequentar um espaço de saúde e se eu não tiver um documento, eu não posso ser atendida? Onde tá escrito isso? Por lei? A gente não discutiu isso na nossa reunião mas é uma coisa pra gente discutir...

P6: É verdade, a gente pensa, né, se chegar no serviço e não tiver cartão SUS, não vai ser atendido?

P1: É!! Eu vou morrer com a perna inchada? Não vai ser atendido? Né? É uma coisa pra discutir!! E seu meu filho K. não me acompanhar até uma consulta, eu não vou ser atendida, porque ele não tá comigo.

P3: E eu libero o passe livre pro C.A. voar pelo Brasil?

(Falas concomitantes)

P6: Ai a gente para pra pensar, será que essa consulta ela tinha que tá acompanhada porque é da psiquiatria, ela faz... E se fosse outra mulher?

P1: É!! E se fosse outra mulher com 49 anos, que essa é a idade da B.... chegasse lá pra uma consulta de ortopedia, com a perna inchada e dissesse: "Eu esqueci meu documento. Eu cheguei aqui, eu me esqueci minha carteira... não é só B. gente! Esses dias...

P2: Mas a gente fica pensando, qual é o limite?

P1: Deixa eu... deixa eu... finalizar. Esses dias a Y. sai daqui pra uma consulta lá de... de... ortopedia mesmo... e esqueceu a identidade em casa! Né?

P6: Não aceitaram nem o crachá. Tem a foto, tem documento, tudo!

P1: Mas... é uma questão pra gente discutir sobre isso, né? É uma questão pra gente pensar!

P3: Isso porque é DATASUS, né?... que é só a gente jogar lá o RG da pessoa, o nome... aparece assim....a vida, a vida-saúde da pessoa no Brasil... É... quer dizer, deveria, né? Se o pessoal botasse os dados certinhos. Se bem que a gente aqui no CAPS, não sei se tá com DATASUS, acho que a gente não tá.

P1: E eu acho que a gente precisa é... participar mais dos espaços de... que nem a P2 falou, tem que ir pro território... acho que a gente tem que ir pro território, acho que a gente tem que apoiar, por exemplo, espaços como núcleo de violência, que eu fui... e juro pra vocês: se aquele é um espaço de enfrentamento à violência daquela forma eu tô muito preocupada.

P2: (risos)

P1: Eu tô com medo da minha violência. Porque eu não achei nada um espaço de... de enfrentamento à violência. Eu juro pra vocês. Eu tô... eu estou preocupada!

P3: Mas o que você achou?

P1: Eu estou preocupada.

P3: Fala o que você achou!

P1: Não é P5? Eu acho, inclusive, que a gente poderia... é que a gente não tem perna de estar

P3: Mas o que você achou que era tão assim?

P1: Eu achei que é um espaço ao contrário do que ele se diz, que ele se propõe. Pelo menos no momento que eu participei essa é a minha visão.

P3: Por que? É um espaço de violência?

P5: Na verdade eu acho que....

P1: (riso)

P5: ...Como a gente foi lá pra apresentar o CAPS, o CAPS é extremamente cobrado, né?

P4: Sim!

P5: Então assim, né, o CAPS ele é sempre cobrado! Justamente sobre isso que a gente tá falando aqui.

P1: É.

P5: Porque a gente não espera, a gente vai lá e faz, a gente corre atrás, né, a gente está sempre uns passos adiante. E aí as pessoas acabam se acomodando de que ó... o CAPS resolve, né, isso já é uma praxe entre os familiares, os nossos usuários... de alguns usuários. E isso infelizmente acaba se estabelecendo no intersector também. Então assim, as coisas que naturalmente não seriam uma demanda para o CAPS, passam a ser porque ó... ninguém conseguiu resolver... então o CAPS resolve! E aí quando nós fomos apresentar...

P2: E não resolve não pro cê vê!!

P5: Ai nós fomos lá falar da RAPS porque na verdade eles queria falar do CAPS... eu já sabia qual era a intenção que era dizer: "Olha, porque tem autistas, porque tem isso, porque tem aquilo, porque tem aquilo..."

P3: Mas isso era encaminhamento de violência?

P5: E a gente...

P2: Era as apresentações dos serviços.

P1: (riso)

P5: Aí nós fomos lá apresentar, eles queriam que apresentasse o CAPS justamente pra cobrar que a gente atendesse coisas, que são...que são as coisas que... "aspas"... dão trabalho, né? Aí eu fico pensando: Nossa, eu ingênua achava que eu vinha aqui pra trabalhar, mas tudo bem.

P1: (riso)

P5: É... então, né? Então a gente foi lá, a gente apresentou... ela se impactou porque ela nunca foi lá, né? Mas como eu já fui várias vezes lá e já fui cobrada, cobrada, cobrada, aí eu retorno, né?

P1: Eu nunca fui, fiquei agoniada...

P5: ...Procuro não dar resposta, eu devolvo com uma pergunta pra pelo menos o sujeito pensar, talvez os neurônios ativem ou não, né, o corpo, né...

P3: (riso)

P2: Mas é a coisa do depósito...

P5: Essa coisa do manicômio. É muito claro!

P4: Tem um desejo de um Capsômio...

P1: Mas...

P3: Mas é isso que me preocupa! Isso que me preocupa! Me preocupa socialmente!

P1: Mas...

P3: Esse sujeito que não é olhado, não falado, não é escutado, não é... Esse sujeito que não é...

P4: É invalidado, né?

P2: É. É a coisa do depósito... Desde que... CAPS!

P3: Ele vai pra onde? Ele vai pra debaixo do tapete. Vai pra dentro da prisão, vai pra dentro do manicômio, pra um convento.

P2: Ainda há esperança!

P3: Voltando pro quadradão, vamo trancar os caras no quadradão!

P1: Não, eu acho que a gente tem que é... é... quando a P2 vai... vai falando de novo da gente ir pro território, eu acho que é uma forma da gente não ser reativo...

P4: Isso!

P1: Que acho que hoje a M. da Ayurveda tem nos ensinado muito...

P4: Hoje na Ayurveda foi muito fantástico.

P1: ... tem falado muito dessa questão. E eu acho que a gente também que pra um cuidado no CAPS... uma das vertentes do cuidado no CAPS é a saúde do trabalhador também...

P4: Isso!

P1: ...porque não dá pra pensar em outra coisa sem ser essa eu acho que a gente tem uma coisa muito bacana que é a M. dentro do nosso serviço, né, ela tem trago a Ayurveda, tem trago discussões muito bacanas e ela sempre tá falando pra gente assim: A gente não pode ser reativo!... Ela tem falado da vida individual de cada um, mas que eu acho que dá pra ser coletivamente. Quando a gente atende a crise e a pessoa, o núcleo de violência que fala assim, eu acho que a gente acaba sendo muito reativa. A gente quer responder. De qualquer forma a gente vai responder, seja truncando, seja brigando, seja... mas eu acho que a gente precisa ser...

P4: Proativo!

P4: Proativo! E a forma da gente ser proativo é a gente ir pro território. É a gente discutindo lá com a pessoa que as vezes a gente encontra lá no núcleo de violência, né? Com uma pessoa que a gente encontra na unidade básica de saúde. A gente fo... tá indo pro S.E., a gente começou esse processo no S.E., o começo tá sendo muito difícil. A gente... até compartilhei com algumas pessoas... assim... a gente chegou lá e eu não tinha ideia... eu tinha ideia que pra eles, a visão da saúde mental é uma visão complicada, porque a gente tem essa ide... a gente vê isso o tempo inteiro, mas eu não tinha ideia do quanto eles estavam num processo adoecido com relação a gente. A gente mesmo. E eles falaram muito mal do CAPS, muito mal mesmo da rede, muito mal... tinha outro serviço, mas eles focaram muito, muito no CAPS e aí, eu acho que é assim, se a gente fosse reativo e... e ficasse nesse processo, a gente ia ficar lá respondendo: "Ah, é isso, ah é aquilo" e... e... sendo proativo, é a forma da gente ir pra lá e falar assim: "Ah, é tudo isso que vocês estão dizendo?" "É, é tudo isso que a gente está dizendo". Pois então, então todo mundo aqui junto, cês também tão... lascado aí na... na... na... amassando barro e vamo amassar barro junto, pronto! Quem sabe a gente faz isso com tu, né?

P4: Pois é.

P1: Então vamos...

P2: E não tem outra forma...

P1: E Não tem outra! Porque senão... é reação. A gente vai ser reativo o tempo inteiro.

P3: Gente, porque o pedido é... Pega a batata e segura. O pedido é esse: "Ó, isso aqui é uma batata, segura a batata". Então... tá em crise, tá doido, tá varrido, tá... sei lá eu o que que tá... tá esquisito, tá... é... Tó! E tó!

P2: E uma coisa que... e... e...

P3: Tem uma visão de que o CAPS é o lugar do "tó"! E tó porque a gente fica, né?

P1: Desculpa te cortar... E só pra dizer... e só pra dizer, gente, que... assim, eu acho que a gente também tem que sair dessa ideia de que "eles e o CAPS", "eles" estão dizendo do CAPS. Porque a gente também diz deles... Humm... vamo falar serio: a gente também diz. A gente também diz que "a atenção isso, a atenção aquilo"... Eu acho que a gente tem que tá lá porque... Uma vez eu fui numa festa com um amigo, a gente estava descendo a escada e ela falou: "Me dá a mão porque se a gente cair, um não ri do outro." Vamo ri nós dois. Aí eu falei: "Tá bom". Eu sempre me lembro disso. Então se a gente dá as mãos nenhum vai falar do outro, porque tamo junto!! Cê vai falar de mim, por quê? Né? Cê vai dizê de um usuário que tá aqui junto com você? Que a gente atende junto? É nosso usuário! A gente tá junto, aqui.

P4: Interessante!

P1: No grupo lá do S.E. a gente teve a R.. A R. foi ontem... Foi nosso primeiro usuário do nosso grupo, quase teve um bolo pra comemorar que: teve um usuário! (riso)... Foi a R.. Então não adianta dizer que a R. é do CAPS II ou a R. é do A...

P3: Quem é a R.?

P1: ...A R. é do S.E., pronto e acabou....

P3: Quem que é a R.?

P1: ...Tamo junto lá!! ...É um caso da reunião de rede... Então tamo lá, tamo junto!

P3: "É um caso da Reunião de rede, cê não precisa saber!"

P1: A P3, desculpa!... Não!...

P2: É, e na realidade não tá dentro do contexto explicar tudo...

P1: É!... É um caso muito complexo...

P3: Não, não, tá, tudo bem... é porque assim... eu não faço a menor ideia do território... e acho legal não fazer ideia do território porque... tudo bem...

P2: Não, eu acho que....

P3: Entendeu? Porque assim... Não! Tudo bem mesmo! Porque assim eu já fico com a obrigação na minha cabeça pra pensar nessas questões aqui... Bastantão!

(Risos)

P1: É isso...

P3: Eu continuo com a dúvida: eu libero ou não libero o passe livre pro C.A.? Porque a minha alma me dá vontade assim... Tá aqui... Vai, vai viajar pra Bahia... vai ser feliz!

P1: Brinca lá no Projac! (riso)

P3: Agora, a legislação me diz que eu não posso liberar um psicótico que não tem crítica, que não tem percepção do nível de adoecimento...

P1: Que é um idoso...

P3: ... que é um delirante, que é um idoso... desacompanhado, sozinho pra viajar pelo Brasil.

P2: Então, mas é aí não é você, P3, que não quer...

P1: (riso)... Que vai tomar essa decisão.

P2: Não é você... Não cabe na sua alçada. É da legislação.

P3: Mas eu já tenho falado isso daí...

P2: Se fosse da sua alçada e se tivesse liberado que não tivesse... você não ia...

P3: Eu não liberaria.

P2: Ah! (riso). Te conheço!

P1: (riso)... pra mais de trinta ano, P3! P3!

P2: ... o contrário!

P6: Você ia deixar ele viajar sim!

P3: Eu ia! Eu ia né gente?! Acho que eu ia, né? Ia falar pra ele assim: vambora, vamo pra Bahia junto que eu também tô a fins! (riso)

P1: Nós todos estamos preocupados com essa história do C.A., né?

P3: Gente, ele vai pro Projac!

Fernanda: Como é que é a história do C.A.?

P1: C.A. é um senhor, já, né... ses... quase... quantos anos?

P5: Quase sessenta.

P1: Quase sessenta! Toda vez que ele consegue um dinheirinho, ele vai pro Rio de Janeiro, ele diz que todas as abertura das novela da Globo foi ele quem inventou...

P3: A música.

P1: ... e ele quer o dinheiro. Ele quer os direitos autorais.

P2: Ele é tão inteligente que ele faz assim: a mãe dá o dinheiro do... pro cigarro, aí ele vai guardando, vai guardando, vai guardando, vai guardando, vai guardando... quando ele tem o dinheiro, ele compra a passagem e vai. Mas aí... o C.A. viajou. Aí, meu, eu não sei se ele vai voltar e que não sei que... passa uma semana, duas semana, o C.A. volta! (riso)

P6: Ele não precisa ir muito longe. Ele vai na Gazeta, lá na porta da Gazeta...

P1: É.

P3: Gente, mas ele ganhou uma bicicleta, que ele encheu o saco da mãe que ele queria fazer esporte... e ele foi pra Santos!

P1: Só que agora ele quer o passe livre.

P2: Ele deve ter ido no CRAS, falou que quer ia viajar.

P1: A família não quer que libere o passe livre!

P3: Não, não é que a família não quer que ele vá. É assim... a mãe dele é uma pessoa com limitações...

P1: Sim.

P3: ... de movimento. Ela anda com o andador e cadeirinha. Já houve tempo dela fazer coisas com ele. Ela tava conversando isso comigo. Só que ela não tem mais como fazer. Tem ela, o C.A. e uma irmã, que é casada. Se o C.A. for fazer as bagunças dele por aí, pelo mundo, quem tem que buscar, quem tem que olhar, é essa mãe que tem quase 90 anos, gente. Também não dá. Né? Ela já tem passe livre já (riso). Ela fala: "Nem eu uso o meu passe livre, doutora." (riso), porque... Ela não tem nem condições de subir num ônibus. Ela tem dificuldade pra subir no ônibus...

P1: É.

P3: Por causa da limitação física. E essa irmã, larga tudo pra buscar C.A.... já foi duas vezes que ela foi buscar C.A. na rodoviária. Que o povo liga lá do Rio, localiza... Liga pra cá, a gente passa o endereço da família... Né? A rede que a gente tem, né?! A gente tem rede lá do Rio de Janeiro! (riso). Pessoal do Rio de Janeiro já liga pra cá, manda ele, ele desce lá na rodoviária e a irmã vai buscar. Pra isso ela tem que parar o que está fazendo pra cuidar dele. E C.A. eu acho que tá é certo, né? ... mesmo... Gente, o que mais me chateia

P4: Eu conheço C.A. há trinta anos!

P3: Então, ó lá!

P4: É, trinta anos de vínculo!

(risos)

P2: Pois é.

P3: E eu to cuidando dele... já tô brigando com ele... E ele fica puto da vida... "Você me desculpa, eu gosto da senhora, a senhora não pode não assinar esse papel". C.A. , eu posso e não vou.

P1: Quando a gente falava que faltava documento ele começou a perguntar pras pessoas como é que tirava os documento...

P3: (risos).

P1: Ele queria tirar outros (risos).

Fernanda: Vocês falam de pelo menos três momentos diferentes de cuidado, né, então vocês vão falando da situação de crise, seja por aparecer por telefone, ou seja no CAPS, os usuários que estão no CAPS e histórias de passe livre e tudo mais e no território. Como é que são essas três vertentes de cuidado?

P1: Não entendi muito Fernanda, desculpa.

Fernanda: São... são... Vocês falam de... de três modos de cuidar, né, situações de cuidado, né?

P2: Sim, sim...

Fernanda: A situação de crise, a situação do usuário que tá dentro do CAPS, a situação dos usuários fora, né, do território... Como é que é lidar com essas três... situações?

P4: Eu acho que o maior desafio ainda é o cuidado no território. É o que mais é... demanda da gente, investimento maior, nesse momento. É... a gente faz muito cuidado interno, mas fazer a manutenção desse cuidado pós alta, vamos dizer assim, ainda é um grande desafio. Eu to sempre muito feliz de continuar com a Terapia Comunitária no sétimo ano... tem usuário que frequentou por dois anos seguidos depois da alta aqui, nesse espaço... acho que ainda é um espaço muito pequeno... eu adoraria poder espalhar isso de outra... de várias outras formas pelo território todo. Mas eu acho que a gente precisa... não é só a questão de evitar a crise. Que acho que... que a gente tá aqui pra pensar em condição... social, de qualidade de vida... é... não é só promoção de saúde de saúde, é... A alta daqui não é só a crise! Ah, passou a crise, ficou um ano, dois, três, quatro aqui (riso)...

P1: (riso).

P4: Mas como é que tá fora, né? Como é que o território... quando a gente fala em território... como é que os parceiros... não na... só na unidade básica de saúde, mas... de um ponto de vista... social, situação de quem passou por aqui, que teve um momento de... tem... tem aí um sofrimento psíquico... importante. Com é que tá na vida? Eu acho que essa... esse é o nosso grande desafio. É... Eu acho que é um desafio que a gente pode ficar tranquilo, viu P2. Não acho que é assim uma... é novo, não é a... a gente ser cobrado, a gente cobra do outro também, a gente vai se cobrar, né P1, então eu acho assim, que é muito novo, tem muita coisa nova, aqui. Às vezes a gente tem uma coisa muito maior que a gente não sabe valorizar tanto. Sabe aquela posição que a gente fica na meditação: observando o observador? Olho de longe na meditação, isso me acalma... seis minutos a gente meditou hoje, né, P1? Seis minutos que deu um... um estado de... de tranquilidade pra todo mundo... que eu acho que isso faz... faz a diferença.

P1: É legal demais.

P4: E hoje, a Ayurveda não foi só cuidando do cuidador... ah, não é cuidando do cuidador, é com eles, né?

P1: É. Hoje é com eles.

P4: A gente pensar em outras técnicas que não só a Ayurveda, mas outras formas da gente... se cuidar pra tomar um distanciamento e poder acalmar a nossa... a nossa alma porque a gente tá fazendo muita coisa, aí. A gente tem pernas...

P2: É. Eu confesso que essa tua pergunta eu... eu consigo me dividir em... em momentos, né? Há pouquíssimo tempo no CAPS e eu penso assim que é... no meu início... eu senti uma postura muito manicomial.

P4: Sim.

P2: Até eu conseguir sair pro território.

P4: É.

P2: A minha postura dentro do CAPS sempre foi muito manicomial, né? Mas eu só consegui ter uma visão diferenciada quando eu consegui ir pro território... né? E... e isso te amplia é... a tua visão em relação ao cuidado em si, né? A gente pode chegar a falar de três momentos, de três formas de cuidados diferentes porque a gente experiencia outras situações, né? Então, se a gente não experimentar essas outras situações, a gente vai manter uma visão manicomial. Por que... Por que que eu tô falando isso, né? É... recentemente também eu terminei um curso de especialização em gestão, e tinha outros profissionais que eram de CAPS, né, e que, e... e... e quando a gente conversava sobre as situações eu conseguia perceber... posturas manicomiais.

P4: Olha só.

P2: Mas de CAPS dos quais não tem a experiência de sair, né? De poder viver o cuidado aqui, o cuidado aqui, o cuidado aqui e saber que esses três cuidados, claro, de complexibilidades de forma diferente mas pode ser o mesmo manejo, né? Mas... eu tinha... manicomial pra caramba! Era... pega... pega, mata e come! Pega, mata e come! (risos)

(risos)

P2: Resolveu? Pronto. (risos).

P1: É... A gente ir pra praia, já pensou?... falaram que eu era uma doida!

P3: Eu continuo manicomial!... Eu sou manicomial! Quero medicar todo mundo! (riso)

P4: Não. Não.

P1: Mas é... acho que o povo vai se afogar tudo...

Fernanda: P2 não queria ir pra praia?

P1: Não, disse que o paciente ia se afogar... Ela falou que eu tava doida! (risos)

P2: É, amarra um no teu pé, amarra outro no teu pé, amarra outro no teu pé e aí quem sabe a gente pode até pensar. (risos)

(risos).

P2: Mas hoje em dia, né... e... são cuidados que... relativamente dá pra ser conduzido...

P3: Eu acho complexo pra parte psiquiátrica... Psiquiátrica! Psiquiátrico! Essa coisa do cuidado do... no território porque não me articulo muito lá com os meus coleguinhas, né? Que na verdade assim... Eu tenho até dó dos meus coleguinhas. Eu acho que eu tô numa posição privilegiada, porque eles estão na produção...

P4: (Risos) Ai P3!

P3: E aí que eu acho que é muito louco porque a gente fala de rede, fala disso, fala aquilo, fala daquilo e enfia o médico pra fazer a receita. Faz. Faz receita, faz receita, faz receita! Que porra é essa? E aí, essa porra aí...

P1: Vixe!

P3: É que, acho que tem viés, desculpa a palavra, mas é bem isso mesmo...

(risos)

P3: Não gente, é sério.

P4: Fala P3, pode falar.

P3: Porque isso gera um viés psicótico nas famílias.

P4: Ahã!

P3: Vocês não enxergam isso! Mas eu tô lá fazendo grupo de família e to enxergando!

P1: É claro que a gente enxerga!!

P3: Eles entende assim: "mas precisa dar o remédio!"

P1: Até da desvalorização das nossas ações muitas vezes.

P3: ... porque precisa comer bolo com chocolate!

P2: Mas você faz essa produção diferente.

P4: Ô P3...

P2: Eu acho também tem a questão da produção do próprio profissional.

P4: Claaro!

P2: Uma coisa que eu falo muito quando eu tô com um... em reunião de enfermeiros, que conheço uma galera e tudo, é... a galera vai falando do quanto que a demanda vai sugando e que vai tendo que ser promotor do fazer, fazer, fazer e aí eu falo: "Olha, a gente enquanto enfermeiro se coloca numa postura de que a gente tem que fazer, fazer, fazer, fazer, fazer, fazer... a culpa também é tua meu nego.

P4: É... Exatamente!

P2: Por que que você não ó: "Shiiiiiiiiiiii!!". Respira e diz: "Olha, esse é o meu papel, eu... eu produzo dessa maneira, eu trabalho dessa maneira..." Porque eu acho que também tem, desculpa P3, né, uma convivência mesmo da mai... da... de uma grande parcela de médicos de querer que seja nesse formato, né? "Eu atendo. Não, ih... conversar, eu não converso!" Que é totalmente diferente da sua....

P3: Mas depende de quantos, né?

P2: Que é totalmente diferente da sua.

P3: Ó... Se eu tiver uma demanda que tiver que atender vinte pacientes em quatro horas... eu juro pra vocês, se falar mais que três palavras, tem que sai da sala. Mentira que eu não consigo, mas... (riso)

(risos)

P4: Nunca.

P2: Então, mas assim... Só queria dizer que também...

P3: Não, mas é verdade... Chega uma hora...

P2: Mas que... mas o profissional topa toda a parada também.

P3: ... vinte neguinho em quatro hora ninguém dá conta, meu.

P2: Mas P3, o profissional também é promotor da parada. Não dá pra dizer que é só o sistema.

P3: Não amiga... Não amiga... o sistema obriga ele a fazer as vinte...

P2: Não obriga! Eu quero ver quem é que obriga médico a fazer as parada, véio!

P6: Ninguém obriga ninguém a fazer...

P3: Agenda!

P1: Não... mas se tiver que obrigar o assistente social a fazer... Ah obrigada, cara! Aí é outra história, P3!

P2: "Eu prefiro a agenda a fazer outros diálogos"... é diferente.

P6: Ninguém obriga ninguém a fazer nada, você faz o que você quiser...

P3: P2... Vai lá e senta do lado do N. e vê a agenda dele... Aí cê me responde!

P2: Pergunta se ele quer outra coisa... Diferente do sistema... que é produzido?! Não quer parceiro!

P6: Ele aceita. Ele aceita. Essa é a forma dele de trabalhar.

P2: Olha, eu faço isso, você quer? Olha, mas isso aqui não dá. Olha, eu quero atender de uma em uma hora...

P1: A gente... a gente já tem, por exemplo, a... a... os estagiários de medicina que tão chegando...

P4: Pois é!...

P1: Que... que foi proposto pra eles... eles estão chegando, cara! Eles são estagiários! Eles estão aqui pra aprender! Foi proposto... a gente chegou dentro de uma sala, eles estavam sentados e a gente disse: "Olha, vai começar o grupo, esse grupo..." "Ah, só um momento, você arruma uma outra sala pra eu ficar, por favor?"

P2: "E passa paciente pra mim atender". É nesse nível!

P1: Ah, meu amor!

P2: Não querem... a gente vai mostrando...

P1: Na unidade a gente já está ouvindo as novas turmas de, tipo assim: "vamo fazer visita". "Ah, é onde?" "Ah, é ali naquela favela". "Ah não... vou chamar um Uber então pra ir até lá."

P2: E não digo que é só questão médica, né, porque a gente tem profissionais colegas...

P1: É isso gente!... que tá na mesma coisa.

P2: ... que acredita que... Desculpa! É promotor da... do formato...

P1: Quantas vezes a gente viu que os profissionais não iam na casa de L. porque não pula a árvore... né?

P2: É!

P3: Pula a árvore aí que eu quero... (riso)

P2: (riso)

P3: ...do jeito que você fala, deve dar uma paura desgraçada de passar naquela árvore ali!

P1: Mas... (incompreensível)

P2: Mas ó, tudo pra dizer que a gente enquanto profissional também é promotor daquilo que a gente quer fazer!

P4: A gente só faz...

P3: Mas ó... profissional médico não pode falar: "não atenderei".

P2: Ah, mas para!!

P6: Mas aí é agendado P3, só não vai poder não atender numa emergência...

P2: Eu trabalhei em PSF...

P3: Não, não, não!

P6: As agendas são...

P3: Peraí, posso falar?

P2: Eu vou te falar uma história...

P3: Você não sabe... sou eu que faço agenda... Você faz isso? Eu trabalhei em UBS, a minha agenda era: sete pacientes por quinze minutos.

P2: Eu trabalhei no PSF onde o médico falou: "Não bota cadeira pro paciente sentar, não".

P4: Ô loco!

P2: Não!!... não precisa de cadeira... pra você ter ideia!

P3: Eu... eu... eu tinha que atender... Eu chegava lá tinha sete pacientes marcados às sete horas da manhã e mais sete às 7:15! Aí eles ficavam brigando lá que eu demorava pra atender, porque eles queria tudo ser atendidos naquele horário que tava marcado pra eles, né? Mas estava marcado sete no mesmo horário... Aí um dia me enchi o saco e falei assim: "Ó, tô pregando a agenda aqui."

P4: (risos)

P3: "João, Alfredo, Car... entra todo mundo pra sala." "Por que?" "Porque cês tão marcado tudo no mesmo horário, pode entrar." "Mas eu quero conversar sozinho". Eu falei: "Não vai dar... cês tão marcado tudo no mesmo horário... Vai ter que todo mundo falar ao mesmo tempo... Vai ser todo mundo ao mesmo tempo!"

P1: Se for essa lógica de atendimento!

P4: Tá vendo?

P6: Nossa!

P1: P3!...

P5: Teve uma época P3! Ô P3!

P3: Meu Deus! Isso é saúde pública! Aí cês querem que o médico venha pra uma saúde pública feliz, rindo: "Ah, eu vou atender!"... Não!

(Falas concomitantes. Ininteligível)

P5: Peraí, deixa eu falar uma coisa? Eu acho que assim... Eu tava lembrando uma época, logo que você entrou no CAPS que você fazia um grupo aqui no CAPS. Você botava os menino pra carregar cadeira...

P1: É...

P5: Eu acho que se muda a maneira de você atender o cara...

P4: Isso!... É!

P5: ... você vê o cara num grupo, numa dinâmica, você medica muito melhor.

P3: Opa!....

P5: Porque ali você vê a integralidade da pessoa.

P4: É! É isso mesmo!

P5: Ali no tete-a-tete na tua frente, meu!... Eu acho que é muito pouco que um psiquiatra ou qualquer médico pode ver.

P3: Lógico!

P5: Agora, então cê pode atender até 15, entendeu? Num grupo... Você faz o grupo...

P3: Mas eu não faço mais grupo...

P5: Não, mas eu não tô falando pra você fazer...

P3: Porque eu fazia grupo...

P2: “Não quero a mudança de modelo”...

P5: Ô P3...

P2: “Não quero a mudança de modelo!”

P5: Ô P3...

P2: É isso que você tá falando e tá reclamando do modelo!

P3: Não, criança, eu fazia grupo! Ai pediram pra mudar o modelo porque eu tinha que fazer o atendimento individual! Muda o modelo, agora muda de novo o modelo... eu tô de saco cheio de mudar o modelo... Agora deixa... Tô de saco cheio!! Vem como vem... meu saco já está cheio!

(risos)

(Falas concomitantes. Ininteligível)

P5: Ô P3, escuta só, eu acho que é tudo uma coisa assim: “Do que eu acredito”. Tá? Eu acho que a gente tem que fazer as coisas que a gente acredita. Na medida que cê aquilo que você acredita, as pessoas pode pedi, argumentar, não... não... não... você faz aquilo que você tem convicção. Só que eu penso também, que de uma certa forma, dá muito mais – aspas – trabalho você fazer um grupo do que você sentar lá 30 segundos... ah, tá pronto ó! “Aumenta isso, abaixa aqui, tá, se não der certo qualquer hora você volta na crise”, né? Eu acho que é isso que a P2 tava tentando falar, né, acho... é mudar o modelo de atendimento. Eu acho que quando chegaram aqui e falaram pra gente também, vamos pegar e esquartejar o município em território, você vai pra lá, cê vai pra lá... Eu quase enfartei. Falei: “Gente, isso não vai ficar muito esquizofrênico? Como é que a gente vai fazer?” Eu me assustei! Não vou falar que: “não, achei bárbaros”. Não! Eu me assustei. Só que aí, assim... não, vamo... é pra ir pra rede? Vamo lança, vamo joga na rede... Meu, o trabalho pra mim mudou muito! Eu me sinto muito mais apoiada. Eu me sinto muito mais empoderada, eu sinto que existe sim, é... o meu trabalho ficou mais gostoso, ficou mais tranquilo. É... eu consegui dividir com maior... maior número de pessoas... Eu consegui... lá do território quando as ACS vem falar comigo, eu me sinto dentro do território, então assim... e eu sei que a prática delas também muda. Muda esse conceito do que “é urgente, precisa ir pro CAPS agora!” Elas não tem mais isso. Porque eu chego nos lugares e assim... gente, olha, isso... né? Então eu acho que é mais ou menos isso. As pessoas mudam se elas querem, se elas acreditam, do contrário, torna-se difícil.

P4: É.

P3: É. Mas eu vou continuar fazendo atendimento individual com a família junto porque acho importante... até pra discutir a psicopatologia....

P5: Até, mas talvez não sempre e o tempo todo, né?

P3: Ah não!... Eu não tenho mais saco pra fazer grupo nesse momento...

P5: Não, tudo bem.

(Falas concomitantes. Ininteligível)

P4: Ah, o grupo que você gosta, você tem...

P1: Você fez o de horta, de fitoterápicos... Você fez o de fitoterápicos...

P3: Ah, de fito eu tenho.

P1: Não necessariamente tem que ser... Você fez o de fitoterápicos.

(Falas concomitantes. Ininteligível)

P3: Eu vou lá... eu vou lá fazer a hortinha de hortelã...

P1: Aí ó!

P3: Dia 21 eu vou fazer. Mas é só isso aí ó... é lá... é lá... fazer hortelã lá no Parque, agora, aqui dentro fazer grupo... eu não quero mais. Por que? Porque assim... Eu acho que esse lugar de onde a família vem... porque talvez seja um dos poucos momentos que as famílias vem... nessa porcaria de consulta psiquiátrica aí, é a hora que eu consigo de fazer algum tipo de articulação dessas famílias no cuidado. E olha que é difícil, heim? Eu fico pensando como é que eu faço... Eu falo em grupo de família na quarta-feira, mas a palavra que eu escuto é "Não tenho tempo".

P5: Às vezes eles não têm mesmo.

P3: Não, precisa ganhar... precisa sobreviver, precisa comer, mas é... eu acho... eu não sei o que.. o que falar pra articular...

P2: Trabalhar mais pra que isso seja mais fortalecido, né? Porque é uma estratégia de cuidado, assim...

Fernanda: Talvez a gente possa então ficar com uma questão inclusive sobre isso, né, sobre esses modos de cuidado: de grupo, individual, da psiquiatria, nessas... nesses impasses com as famílias com os horários, poder pensar o cuidado nesse sentido, né? É... tá dando... já deu o horário, né, então eu proponho da gente continuar na semana que vem.

P2: É, que se deixar nós aqui, a gente vai... (risos)

P4: Olha, a gente ficaria uma hora, duas...

P3: Não, não tenho essa ideia, porque foi uma fala sua: como cuidar das famílias, né? Isso é uma preocupação minha também. Porque chegam aqui sempre os mesmos.

P4: Sempre, sempre!

P1: Uhum!

P4: Sempre! Isso sempre foi assim... aqui! Eu acho que é uma questão.

P2: Talvez seja os poucos que a gente conseguiu modificar a questão do... do... do olhar, né? É a mesma coisa que ir pro território gente, a gente consegue: dois, três, quatro... aí ela fala: "Mais uns mé..." Aí eu falo assim: "calma, calma". Tudo no seu tempo e no seu devido lugar.

P1: Mas essa é... é uma coisa da... das... das famílias que... que... que não é só aqui do CAPS, é das escolas, que vivem as mesmas coisas... e a gente lida com adulto! A gente tá lidando com usuários adultos! E a gente tá falando de escola, que tá lidando com criança do... do Fundamental, do... da... da pré-escola, que eles... que as famílias não têm comparecido porque as crianças acabam indo sozinhas... que... chegam na escola sujas, é... desarrumadas, que não fazem a tarefa, que as famílias tão cada vez mais distantes... Isso aí só é uma questão que não é só nossa... e tô falando que a gente... a gente ainda lida com adulto! Imagina lidar com isso com uma criança. Você ach... sabe que chegou sem comer... sem se alimentar...

P3: As pessoas tão buscando a sobrevivência, né?

P1: É... Porque a gente... E que não dá pra acolher todo mundo... e aí a gente vai discutir disso, né? Porque a gente precisa...

P5: Que isso tem até a ver com... com os problemas que a gente tem...

P1: Que a gente tá enfrentando.

P5: Que a gente tá enfrentando. A gente tem muitas pessoas que o problema é... social! Gravíssimo! Problema social gravíssimo!

P3: A gente tem fome, né? A gente atende pessoa com fome... Já atendi vários casos aqui de pessoas doentes com fome...

(silêncio)

Fernanda: Algumas questões ficam em aberto...

P4: E as pessoas que não estão? Elas adorariam participar.

Fernanda: Eu convidei todo mundo. Estão todos convidados.

P3: Sempre vai ser nesse horário?

P4: Sim, são mais dois encontros.

(Falas concomitantes. Ininteligível)

P4: Importante esse espaço. A gente podia fazer mais vezes.

Fernanda: A gente pode ir pensando.

(Falas concomitantes. Ininteligível)

Fernanda: Obrigada, gente! Até quarta!

P3: Tchau, obrigada!

Fernanda: Eu que agradeço!

Segundo grupo operativo

Coordenadora: Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti

Observador: Rodrigo Manoel Giovanetti

Participantes: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7

Fernanda: Retomando aqui, vou contar a mesma coisa que eu já tinha falado no outro grupo. É... que então a gente, né, como eu expliquei na semana passada que é um grupo operativo, que é um espaço de conversa, um espaço debate, com uma tarefa e que tem um coordenador, alguém que coordena e alguém que observa. Eu vou fazer a coordenação dos grupos então e o Rodrigo vai fazer a função de observador que é a função de anotar as nossa falas, enfim. E aí a gente fez a proposta de três encontros que foi na semana passada, este e a gente finaliza então, a semana que vem. São três quartas, né, então a gente finaliza no próximo dia 27.

P1: Uhum.

Fernanda: E aí na semana passada eu já propus uma tarefa, um tema pra gente conversar e debater... é o mesmo tema que eu tô propondo pra vocês hoje... a gente continuar nessa discussão, né, que eu coloquei da seguinte maneira: "Eu gostaria que vocês destacassem os pontos que vocês consideram relevantes pro desenvolvimento do cuidar no CAPS. A gente falou um pouquinho na semana passada e a gente dá continuidade hoje...

(Pessoas chegam)

P3: Oi gente, desculpa o atraso.

P1: Oi P3.

P7: O tema se mantém então da semana passada e a gente dá continuidade... esta semana. Eu não tava na semana passada, cês... o que que cês... cês tentaram fazer uma construção?

P1: Sim, a gente, é... nessa parte a gente falou... do cuidado, a gente falou da liberdade, que é uma das coisas mais importante que a gente tinha que... que sempre, né, enfrentar e lutar pra que isso aconteça. Acho que a gente falou também de protagonismo. Que mais?

P3: Acho que a gente terminou falando sobre, é... ações possíveis para aproximação do protagonismo familiar, né?

P1: Foi! Foi!

P3: Pra... pra... trazer a família mais perto, isso é uma das coisas que a gente tinha falado, né?

P5: A gente falou também das ações no território...

P1: Ah, foi!

P5: Das reunião de rede, da gente estar mais próximo, né, da realidade deles...

P1: Que é uma forma da gente é... é... ampliar o cuidado, né, fortalecer o cuidado...

(Silêncio)

P1: Acho que a pergunta continua, né Fernanda? A pergunta continua, né?

Fernanda: É... Eu tava dizendo agora P3... contei de novo o que eu tinha falado, como o P7 não tava sobre grupo operativo, coordenação, observador e a mesma tarefa proposta, né, da gente poder falar um pouquinho e destacar os pontos interessantes, importantes pro cuidado no CAPS. A gente vai dar continuidade nesse debate.

(Silêncio)

P7: Não sei se é chover no molhado mas é... eu acho que é importante também a gente talvez ressaltar, é... de que o CAPS ele é um lugar do cuidado intensivo, né, é... dos usuários e familiares mas, se a gente não conseguir fazer essa discussão de saúde mental fora da unidade, né, é... a gente po... corre um grande risco de... eu acho que se cristalizar num cuidado muito fechado, né? É... E eu acho que quanto mais fechado a gente fica de... de... não conseguir disparar essa necessidade da discussão do cuidado de saúde mental fora do CAPS, e aí, quando eu digo fora do CAPS eu digo na rede mesmo... não é só, por exemplo na atenção básica, na... na UBS. É... a gente quase que imperceptivelmente... a gente pode colocar em algumas... através de algumas ações, é... o princípio fundamental que é o cuidado da atenção psicossocial que é a liberdade. Porque, se a gente não consegue discutir e pensar que o cuidado também tem que ser fora da unidade, né, a gente vai começando se achar com poucas estratégias pra, justamente, continuar entendendo que o cuidado é liberdade, né? É..... Porque o fenômeno que a gente se debruça em relação à atenção psicossocial, ele não é nada simples, né? E... nunca só um lugar dá conta, né? Nunca só o CAPS, ou a atenção básica, ou a medicação, ou o psicólogo, ou.... A gente precisa de... de... de... de várias ferramentas e tecnologias no cuidado, pra gente conseguir continuar, é... fazendo esse cuidado em liberdade, preconizando liberdade como cuidado, né? Se não, o nosso manejo começa também ser... dentro da unidade, né? Nosso manejo também começa a ser... como eu posso dizer?... Não libertário, né? Talvez, não sei se essa é a melhor forma de tentar expressar, mas...

P5: Restritivo, é isso?

P7: Restritivo, isso!

(Silêncio)

Fernanda: Como é que é essa relação do cuidado dentro do CAPS e essa articulação fora?

P7: É bem difícil! (*risada*)... É bem difícil porque eu acho que a gente vem... a gente vem desconstruindo, é... a loucura, é... sendo olhada só dentro de um lugar há muito pouco tempo, né? Se a gente for resgatar a perspectiva histórica do cuidado... do cuidado?!... mas de como que se olha a loucura ao longo da história, a gente fala de trinta anos, né? Trinta, quarenta anos no máximo, né, que começa a se pensar, é... com necessidade de que a loucura esteja em trânsito. Mas antes disso a gente tem aí pelo menos 300 a 400 anos de que a loucura estava institucionalizada num lugar e ela não tinha trânsito, né? É... então, ao mesmo tempo que a gente se angustia no sentido de que essa discussão pra fora da unidade seja difícil, a gente tem que também ter sabedoria e perspectiva histórica de que isso é uma construção, né, que não tá dado e aí a gente vai construindo... Porque de certa forma dá um pouco de angustia porque a gente nunca sabe se a gente tá... é... certo ou... se a gente tá acertando ou não nessa discussão pra fora da unidade.

P3: Você... você fala de perspectiva histórica, né?... Você crê fielmente que o cuidado em liberdade é o melhor cuidado, né? Por isso você tá dentro de um CAPS trabalhando, porque senão taria em outro equipamento, faria outra coisa, é... mas você acha que, assim... é... meu olhar, né? Eu tenho a sensação muitas e muitas vezes que a gente teve muito pouco com essa discussão com o social amplo, inclusive com jurídico também, então assim, outras estruturas da nossa sociedade que não a mental e a saúde pública.... Acho que nem a saúde pública... Acho com a saúde pública sim, mas com outras áreas da saúde talvez a gente não tenha tido essa discussão muito aberta em relação a... o dispositivo CAPS, né? No sentido de que como é que é isso, né? Como é que é esse cuidado, porque eu percebo que a sociedade, eu percebo que outros... outras especialidades da medicina que não a mental, é... eu percebo que o setor jurídico do nosso país quase como um todo, não tem essa dimensão desse cuidado. Eu acho que a gente precisaria desse momento, pra preservar esse

cuidado... assim, a gente fala do Conselho Nacional de Saúde, né? A gente fala do Conselho Municipal de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde, a gente fala da Conferência Nacional de Saúde Mental... só que... é... mental né? A gente fica no mental, mental, mental.... É assim, eu acho que a gente precisaria, pra garantir essa saúde mental... e não cair na doença mental, né? Eu acho que a gente precisaria talvez estabelecer algum tipo de articulação com algumas instancias, né? Eu não consigo vislumbrar um caminho a não ser talvez fazer congressos inter-institucionais, né? Fazer conferências inter-institucionais, seminários inter-institucionais, né, isso existe já, né, e talvez nesses espaços fortaleça um pouco essa discussão. A gente tá... eu acho que a gente tá num momento histórico muito delicado, porque a gente mal garantiu a ele ao longo desses trinta anos esse espaço chamado CAPS que a gente tá... é... por posturas muito radicais... é... de certos setores sociais passando por posturas preconceituosas, né? Eu acho que a gente teve uma negação muito séria do setor médico omisso, e isso me preocupa profundamente, que é assim...

Fernanda: Negação?

P3: Não, uma alegação do setor médico muito sério com relação ao cuidado da saúde mental porque eu acho que existe uma fala que é que o CAPS propicia baixa tecnologia... É sério isso!

P1: Uhum!

P3: Não é? Então, o CAPS não propicia acesso a alta tecnologia ou tecnologia de ponta para o seu usuário. Então, que... em termos do ponto de vista ético de saúde você tem que ir até o recurso máximo que você possa atingir, né? Então eles falam: "Ah, mas o CAPS não faz a ressonância, né? O CAPS não tem a medicação de ponta. O CAPS não tem o exame genético pra ver se tiver dentro... Não que a instituição outra... não que em outro lugar fosse ter. Porque na minha cabeça outro lugar eu vejo assim: manicômio, prisões e conventos, né, assim... pra mim isso... Pum! Páááá... a buzina apita, né? Mas essa alegação: "Ah!..." Muitos psiquiatras falam nisso, né? "Com um cuidado específico na área, com tecnologia, não sei que lá... você não precisa ficar dando Haloperidol Decanoato, você já entra com Olanzapina, se não deu certo, você já vai pra Clozapina e rapidinho você consegue fazer isso... coisas assim... então assim, eles comentam, dizem que dentro de uma estrutura, que não é em liberdade, você consegue fazer um manejo rápido da situação de crise, porque você tem acesso a tecnologias de ponta. É... essa é a defesa, né? E eu fico muito triste porque assim... eu percebo que dentro do CAPS, a gente efetivamente encontra uma dificuldade pra esse acesso das tecnologias mais modernas, né? Então assim, essa crítica, ela esbarra um pouco por aí... Me preocupa. Né? A gente tem que tentar, na medida do possível, trazer essa tecnologia de cuidado... acessíveis pro sujeito, né? Eu tenho essa preocupação. Eu acho que a gente tem que cumprir alguns protocolos em relação a isso, de permitir que o sujeito faça uma ressonância, faça uma tomografia, dentro do possível, né, fazer um cuidado completo em saúde, a gente dentro de um CAPS, a gente tem que propiciar pro sujeito o acesso ao melhor cuidado em saúde que ele puder ter, né? E que ele seja em liberdade.

Fernanda: E se a gente não tem essas tecnologias de ponta que tecnologia de cuidado a gente tem no CAPS?

P7: Eu fico pen... eu concordo... eu concordo com você P3... Eu concordo e discordo. Não sei se é concordo e discordo... eu me liguei no que cê tá dizendo, né, é... Sim, eu acho que não só pensando nessa questão da saúde mental da RAPS, mas pensando na saúde pública, né? Que as pessoas, elas tem direito a terem melhores condições de... de... cuidado, né? E isso passa por melhor medicação, melhor... acesso, por exemplo, pra fazer exame, é... que a gente melhore o acesso verdadeiro mesmo, né. Mas aí eu fico pensando que... eu acho que o que... (Silêncio) a... a... a... o que é paradoxal dentro da... da... da saúde mental é... da atenção psicossocial, é o seguinte: A gente pode correr muito o risco de voltar a fazer um olhar sobre a loucura nosológico, né?

P1: É!

P7:... de que a gente volte a querer curar as pessoas. E cara...

P1: E se toda essa tecnologia...

P7: Na boa?...

P1: ... dentro de espaços, né... fechados, de que... que o usuário...

P7: Não... se lá mesmo... se existisse espaço aberto, assim. Eu acho que a gente ainda não conseguiu fazer uma discussão ainda dentro da saúde mesmo, né, não só na...

P3: De que não é doença mental, é saúde mental?!

P7: Não... que é uma forma de existir no mundo! Que é uma forma de existir no mundo, né? É... é... é... a nossa formação enquanto profissionais, é... e aí, é... a nossa, né... é psiquiatra, é psicólogo, é assistente social, terapeuta ocupacional... todos nós minimamente fomos formados pra entender que loucura é doença, né? E... e... e... aí assim... o bacana de você trabalhar todo dia com a loucura é que cê vai vê que não é doença, é forma de existir, né? Traz sofrimento, tem sofrimento. Mas é a forma do cara existir no mundo, né? E quando... e... e... talvez a gente seja muito mais violador de tentar ficar enxergando esse cara como um ser doente que precisa ser curado. Porque aí ele vai sofrer mais ainda, né? Então assim... Eu acho que a gente tem diversos entraves, é... talvez, às vezes, dentro da gente mesmo... porque, quem aqui que nunca ficou desesperado de falar: "Meu, esse cara só se ferra e se ele não fosse louco, talvez ele... ele não se ferrasse tanto!" Todo mundo já pensou nisso... pelo menos uma vez, cara.

P1: Uhum!

P7: De ver o sofrimento do usuário, né? É... é... é...

P1: Da família!

P7: Da família... Então, eu... eu... eu concordo que é... Foi aí que eu disse que eu concordo e discordo de você P3, porque eu acho que assim... A gente precisa ter melhor qualidade...

P3: Não! Não! Não é a minha fala.

P1: Não é a fala dela.

P3: Essa fala não é a minha fala.

P7: Não, é a percepção, né?

P1: ... E ela agonia com isso!

P3: Essa fala não é minha... Essa fala é uma fala que está acontecendo num acordo com a cúpula de psiquiatras, no Brasil nesse momento e que inclusive é... lança-se mão dessa fala de um cuidado rápido, assertivo e imediato de uma crise com tecnologias altas, será mais eficiente dentro de instituições hospitalares restritivas, né? E aí assim, lança-se mão dessa fala pra tirar o... talvez assim... é... não... não propiciar verbas para o cuidar em liberdade e sim, propiciar verbas pra um cuidado...

P1: Entendi. ...Fechado!

P3: ... Restritivo! Então essa fala não é minha. A minha fala... e daí a pergunta: O que que tem no CAPS que é melhor do que... O que tem no CAPS que é melhor... do que essa... do que esse cuidado mais de alta tecnologia, né? Você respondeu, você acabou de responder! É... é um olhar para além doença... né? Que é o olhar da inclusão...

P7: E do vínculo!

P3: ... que é o olhar do vínculo, que é o olhar da inclusão, que é o olhar do sujeito, né, e não do paciente, né? Você vê o sujeito e não vê o paciente. Tudo bem. Só que aí que eu acho que a gente teria que pegar nossas... (Silêncio)... talvez nossas discussões, nossos olhares aqui enquanto profissionais da saúde mental e ampliar essa discussão pra outros setores sociais, né? É... é... eu acho assim, por exemplo, a gente vê uma discussão rica... aí você pega a questão da política, por exemplo... do universo político do sujeito. A gente tá no momento de perda de direitos, né? Então assim, quando você vai e faz um movimento pró direitos, né?... Entendeu? Você também tá trazendo... Eu acho também é... além do direito de existir, o direito de ir e vir, o direito de ser doido, o direito de ser diferente, o direito de ter cabelo preto, roxo, azul... Esses direitos todos, né? É... o direito de acesso à saúde... Assim, é... eu acho que a gente precisaria pegar na questão da saúde mental e ir ampliando essa discussão. Deste olhar, né?... e... se resvala muito... e aí, a questão política é muito séria porque eu enxergo assim: existe um discurso de que essa saúde mental onde a gente enxerga o sujeito enquanto... e não diferente de um doente mas também como um ser que é e que pode, né, dentro das suas características particulares, é... dizem que isso... né... é atitude mais de partido de esquerdopata... né?... e que a gente por isso, tá na verdade, negando o sofrimento. E... Gente, é sério!

P7: Não, eu sei. É que não dá pra gente concordar com essa fala...

P1: Eu acho que a P5, né P5? Acho que a P5 tá querendo falar alguma coisa

P3: Fala P5.

P1: Fala P5, que eu acho que é o que a gente compartilha disso. A gente não tá na cúpula médica! Aí nas discussões médicas... mas a gente tá na discussão do dia-a-dia. A... a... a... a sociedade, é... os colegas de trabalho, né, eu num tô falando colegas CAPS que entendem bem a rede, mas... por exemplo, assistência, o Fórum... Eles cobram da gente essa tecnologia imediata... o tempo inteiro, né?

P7: Esse controle de corpos! Controle de corpos! Controle de corpos o tempo todo! Controle de Corpos!

P1: ... esse controle de corpos! Essa resolutividade... a gente... Ah! visita. Cê foi? Tá, não resolveu nada, ele tá lá do mesmo jeito.

P7: Ele tá lá doido dentro de casa.

P1: Exato, ele tá lá doido dentro de casa, então a gente é... é... a gente é cobrado também, P3! A gente compartilha dessa... dessa... o que cê tá trazendo, né? Não é uma coisa...

P3: Todo dia, né?

P1: Todo dia!

Rente: Na hora que você começou a falar meu coração deu uma acelerada que disse: agora eu vou enfartar, agora eu dou vexame!

P3: Não me enfarta!!

P1: Nós não temos...

(Risos)

P5: Não, na hora que você começou a falar, me veio um flash do filme da Nise da Silveira, aquela da tecnologia da ECT ... o filme.

P1: Hiiiiiiii que legal!... Você lembrar disso P5!! É mesmo!

P7: Lobotomia, né, cara?

P1: É mesmo, eles apresentam isso como a alta tecnologia, é verdade!

P5: Então assim, é que... eu acho que sempre, né, nesse momento um pouco mais, tal... O mundo todo tá vivendo isso, né? Isso é uma coisa... que transcende tudo isso, né?

P7: Um recrudescimento, né, P5?

P5: É, verdade. Então assim, eu acho é... é... a dificuldade das pessoas de entrarem em contato com o sofrimento... né? Então eu não consigo lidar com o sofrimento, então eu escondo o sofrimento. Foi um pouco do que a gente tá falando... que a gente apresentou, né, o... a RAPS...lá né...

P1: ...no núcleo de violência.

P5: ...No núcleo de violência. Uma vez o Dr N. falou uma coisa... pasmem vocês, foi o Dr. N. quem falou, numa supervisão que a gente fez em 2013, acho... que o que ele falou me impactou, acho que impacta todo mundo... que ele falou assim que, justamente, né, a loucura é uma coisa que é uma... impacta muito as pessoas. Por quê? Porque a loucura te mostra claramente o quanto a vida *não* tem sentido, o quanto ela *não* faz sentido e o tanto que você tem que depositar de você pra dar sentido pras coisas o tempo todo. Impacta todo mundo. Então impacta essas pessoas, essas pessoas que tão fechadas não conseguem ver o sofrimento, é um sufoco o sofrimento. A sociedade vive assim. Ela esconde todos os sofrimentos, né, pra fazer de conta... e se anestesiar!

P3: Mas eu acho que é um pouco mais que só o sofrimento, acho que expõe o diferente, né?

P1: Uhum!

P5: Então, mas, é... o diferente causa sofrimento em algumas pessoas... Eu acho que se uma pessoa não lida bem, é... com a raça dela, se ela não lida bem com o gênero dela, sei lá o que for, ãh! Isso provoca nas pessoas um intenso sofrimento. Então eu tento esconder, tento tirar, tento... né?

P7: Ou se ela não é branca, heteronormativa... de uma condição social C e B. Se ela não é...

P5: É, se...

P7: ... se ela não é católica

P5: Exatamente.

P7: ... ou cristã, tudo mais, é... é... o próprio preconceito da sociedade de tentar normatizar essa pessoa vai fazer ela sofrer, entendeu, e aí, é muito cruel e muito perverso isso porque a culpa é da pessoa! É ela que é homossexual, é ela que é pobre, é ela... mas é a sociedade que faz isso com as pessoas, cara. É a sociedade que vai contra as pessoas nessas condições e ainda por cima diz que é errado ela ser daquele jeito e é errado o que ele está sofrendo por isso. É muito cruel! E assim, e... e... esses são os nossos usuários, né? Os nossos usuários são as pessoas que sofrem a... a... é... exclusão e preconceito por tudo e por todo mundo, né? E aí, além de tudo, pra fazer essas pessoas talvez calarem a bora porque elas incomodam na rua, né, cobra-se resolutividade da gente, né? Só que aí, também uma outra coisa que a gente tem que tá muito ligado, porque isso também faz parte da nossa formação, é que também fomos formados pra fazer controle de corpo. Ainda mais a gente da saúde mental! Nossa formação é de controle corpos, cara. É... é... é muito de bioética de controle de corpos e... e... e... superar isso é muito difícil...

P3: Mas vou te falar, a formação psiquiátrica atualmente, ela tá triluca porque é só química. É... é... "quimicadicidade"... é só cérebro! A formação da psiquiatria não-social, a formação do médico psiquiatra é... bioquímica cerebral, neurotransmissor, lobotomia, estimulação magnética transcraniana, implantação de chip... É um bagulho de altíssima tecnologia, de resposta rápida e... a preocupação com o sujeito...!

P7: ... cê é doido!

P3: Gente, eu fico assim, né!... A preocupação com o sujeito é assim: eu vejo... não, é... olha... eu fiz o protocolo... conversamos de um paciente com um colega que... o paciente tava internado. "Eu fiz o protocolo da Olanzapina, é... eu atingi a dose máxima em duas semanas, eu não tive uma resposta, agora tô seguindo o protocolo da Clozapina"... Eu assim: "Mas olha, mas deixa eu te explicar uma coisa: ele não toma o comprimido em casa. Ele acha que o comprimido é do demônio, joga tudo na privada e coloca na comida da mãe! Cê tá escutando?" "Então, agora eu tô seguindo o protocolo da Clozapina, já tô na dose tal".

(risos)

P3: ... "Olha, ele não toma comprimido."... Eu falei isso dez vezes. Aí o colega achou que eu era uma... médica louca, né, no mínimo. Deu alta pro caboclo tomando a Clozapina, coisa e tal, né? Dois meses depois o paciente já tava... a mãe tava chapada de tanto tomar Clozapina... porque era só ele e ela na casa e a gente tentando fazer um tipo de um... alguma intervenção com grupo, com o posto de saúde, com os cuidadores de rua que a gente tem, com a unidade de saúde, lá, tal,... Então tentando ajudar de alguma forma... não rolou... não rolou... internou de novo. Aí o colega: "É, né, eu entendi porque que você usa Haldol Decanoato". Isso porque eu já tinha falado pra ele: "Usa o Haldol Decanoato... eu uso Haldol Decanoato há três anos com este paciente porque ele não usa medicação porque tem demônio!" Tem que desconstruir porque tem o demônio! impossível, né? A gente pensa até em fazer mandinga pra ver se sai o demônio, mas... né? Mas eu não consigo desconstruir isso. Então, ele não vai tomar, então, eu uso injetável. "É, então... tô dando alta pra ele com injetável, tá?" Isso, o cara ficou 15 dias, ele passou injetável, melhorou, tá, não sei quê... beleza! Eu falei: "Não, eu te pedi isso há um ano atrás. A gente podia ter evitado todo esse sofrimento". Só que, a... a... a medicina hoje, a psiquiatria é: protocolo, protocolo, protocolo, protocolo, protocolo, protocolo! A medicina é isso! Então, é... eu volto a falar aqui o que eu falei na reunião passada: a gente pode fazer todo uma... discussão entre nós saúde mental, mas se a gente não abrir essa discussão de alguma outra... maneira, pra outros setores, talvez a gente continue sofrendo essa pressão. Então... E é difícil, né... é difícil!... né, fazer é... reunião intersetorial, né? Fazer... convocar, chamar... A gente poderia, por exemplo, chamar uma reunião setorial entre saúde mental e promotoria pública, né? Isso... isso já foi pen... isso já foi feito, por exemplo, em C.³⁹ uma época atrás, porque todo mundo queria internar todo mundo dentro do hospital e a gente precisou caracterizar o que é uma internação curta, o que que era hospital geral, o que que era um CAPS... o que que era em liberdade... porque são os promotores que determinavam: vai ter que internar e pronto... né? E aí a gente precisa... eu acho, né... que a gente precisa... o que tem de bom no CAPS? O que tem de bom no CAPS é que a gente não está sozinha, né? Nós somos vários setores do cuidado, várias formações diferentes e a gente não tá sozinha. A gente pode virar pro outro e... tô angustiada... Ah, eu tô angustiada, queria fazer... Quantas vezes eu falo pra vocês, né, queria tanto fazer uma ressonância nesse paciente mas só vai ficar pronta... daqui um ano, um ano e meio... essa demora é muito angustiante também, muitas vezes! E aí vocês: "não, mas mas tem essa outra coisa boa... tem essa outra coisa..." Então assim, né... a gente não vai ficar só no nosológico ou no ontológico... né? E a gente não fica porque a gente tá numa interação, que protege a gente dessa angústia, de querer esconder o sofrimento ou de negar o sofrimento, ou de olhar pra esse sofrimento só como patologia, né? É que a gente tá numa interlocução. E... e eu acho que é isso que essa... esse equipamento CAPS propicia, né: equipe interdisciplinar, né? Eu acho que isso daí...

P4: P3, a gente criou uma forma de não estar sozinho. Eu acho que nas unidades básicas de saúde e os outros equipamentos, também podem criar essa situação de não tá sozinho. Tô acabando de vir de uma reunião da reunião de rede 1 que aconteceu lá na... unidade básica de saúde do centro Acho que é a segunda vez que a gente consegue fazer uma... uma reunião de rede lá no centro de saúde lá... essa última temporada nossa de reunião de rede... e nós tínhamos cinco representantes lá de... de... de equipamento: três psi, duas... duas... duas estudantes de... uma de enfermagem outra de psicologia e a gerente conseguiu participar!... e a gente ficou discutindo questões o tempo todo sobre a questão da violência e como criar forma de romper com isso. E a gente... nessa... a... a questão da luta antimanicomial... é... ela é central nessa discussão. E olha que a gente abre, e... e assim:

³⁹ Nome de município, omitido para preservação do sigilo.

Puxa, como é que a gente discutiria isso se não tivesse essa tecnologia das... das reunião de rede. Tem reunião de equipe?... como é que é possível criar essas formas da gente poder lidar com essas violências todas! Que a questão da luta antimanicomial também é uma das violências, né? É... e eu achei tão fantástico... olha, cinco representantes de... de equipamento conseguir pensar em normas e estratégias de romper com isso, é... e que não precisaria, não precisaria é...é... é... acho que assim... demorar esse tempo todo e a gente criar...

P3: Não ser mensal.

P4: É...

P3: Né?

P4: É...

P3: Talvez pudesse dentro do próprio setor fazer reuniões...

P4: É! Isso, com certeza. Semanalmente, quinzenalmente, criar um jeito... nós fizemos isto aqui. A gente criou, a gente teve um desejo, uma... uma... uma busca de enfrentamento coletivo. É... a gente toca em questões de violência... Falando em questões de violência... familiar, a gente entra em risco de violência é... policial... e formação de redes de implantação que envolve direitos humanos... e tudo... Numa reunião de reunião de rede que poderia ter sido discutido em reunião de equipe lá, ou de uma outra forma. É... e os... as... as estagiárias... as estagiárias da Universidade⁴⁰ viriam pra essa reunião. A gente combinou um pouco o formato hoje de manhã, porque elas tavam vindo, é... e eu achei super legal as estagiárias da Faculdade de psicologia que tão... chama sentidos do cuidado... já com a gente um tempo, elas iam participar, já tinha uma proposta... Eu acho que isso é... um... vai direto na formação e hoje quando a gente entra na discussão de caso... a gente conversou como que era pras... é... pras meninas... a... a J. e a B., que são estudantes também... Nós falamos: "olha, o tempo todo a gente tem visto essas questões de violência ou na faculdade ou nas discussões de... de... de... de outros grupos, só que é... a gente precisa criar um jeito coletivo desse enfrentamento e a única forma é falando, trocando... A gente fez isso aqui porque que não é possível em outros lugares? Não precisa ser CAPS, né, acho que é pra além do CAPS.

P3: A gente fez isso aqui. Eu acho que a gente teve um interlocutor, que era também nosso gestor, que propiciou a gente esse espaço de construção interdisciplinar, né? É... eu tô... eu fico muito ocupada... eu não sei como é que está, né?... eu... quando eu trabalhei em unidade básica de saúde... Quando eu trabalhei em pronto socorro... vou dizer uma coisa... pronto-socorro, reunião intersectorial... sei lá se existe, tá?

P7: Reunião de informe... Quando tem!

P3: ...né? Não rola.

P4: Mas depende...

P3: Agora, quando eu trabalhei em UBS... *(Risada)*

(P7 tira o sapato e corta os fios soltos)

P7 : Ele tá se desfazendo...

(Falas concomitantes e risadas que perduram por um tempo)

P1: Meu Jesus do céu!

P4: Mas diga P3, que que cê...ãh...

⁴⁰ Nome da Universidade omitido para preservação do sigilo.

P3: É, então, eu acho que é assim, né, os equipamentos de saúde que não os mentais né... talvez eles não tenham essa interdisciplinaridade como a forma...

P4: Sistemática.

P3: ... pelo vínculo. Eu acho que eles tem uma interdisciplinaridade mais pelo... aí volta o grupocômio... pelo grupocômio!! (risos)... né?

P7 : Menos utilidade... menos resolatividade P3!

P3: E aí eu tava discutindo isso com um colega lá do HC que é um cara que... que... ele monta os protocolos, né? Um dos caras que faz parte da cúpula do HC pra montar os protocolos de cuidado... ele faz em pneumo, né?... Aí ele disse: "Você não quer vir fazer protocolo de saúde mental com a gente de... de... de... atenção e etapas de tratamento pra passar pros residentes, tal?" Eu olhei pra cara dele e falei assim: "Eu não. Eu quero vir desconstruir os seus protocolos.

(P7 ri)

P3: Eu quero ensinar raciocínio clínico. "P3, ensinar raciocínio clínico é uma coisa que esse povo não tem mais tempo de aprender!" Se a gente não ensina raciocínio clínico, a gente não ensina a olhar a abrangência!

Fernanda: Como é que é esse de raciocínio clínico?... num CAPS?

P3: Raciocínio clínico? O primeiro... lugar: raciocínio clínico, o sujeito não olha pra patologia, olha pro sujeito.

P1: Uhum!

P3: ...Então é um olhar inteiro. Então, não tem aí um cérebro com sintomas, você tem aí o sujeito, uma família que tem dois cachorro...

P1: Que tá desempregado....

P3: ... mora numa casinha que... Então assim... você faz... se bem que se você vê também... dentro do DSM-IV, DSM-V... também olha pra essas questões sociais, né? Mas o raciocínio clínico, você olha para um sujeito, você não olha pra uma patologia. O raciocínio da medicina baseada em evidências, você olha pra patologia.

Fernanda: E esse raciocínio clínico que o CAPS propicia que ferramentas a gente tem frente a esse... a essas questões de sofrimento com esse novo raciocínio clínico?

P3: É... ó... o raciocínio clínico na medicina, ele existia até a década de 70. Depois ele passa a ser baseado em evidências, to falando na medicina, não tô falando necessariamente do CAPS, tá? Então você tem médicos formados até a década de 70 com raciocínio clínico. A partir da década de 80 cê tem médicos formados com medicina baseada em evidências. Então os raciocínios são mais protocolares em relação aos fatos clínicos da patologia. No CAPS, o que que é legal? Eu tento... procuro ter um raciocínio clínico... Eu dificilmente olho pro sujeito apenas enquanto um sintoma, né? Eu também olho, lógico, óbvio, que eu sou obrigada, eu preciso, quanto ao sintoma, mas eu também olho se ele tá alimentado se ele tem uma rede de proteção, se ele... se ele... tem... roupa pra usar, se ele passa frio... se...

P1: Se tem dinheiro pra voltar pra casa...

P3: ... então assim... eu faço um olhar, muitas vezes...

P4: Se tem casa!

P1: ... se tem casa!

P3: ...muitas vezes o olhar... o raciocínio clínico na área médica, específico. Muitas vezes quando eu tô lá perante um sujeito que apresenta uma série de patologias, né... é... muitas e muitas vezes eu enxergo... pra mim tem uma questão muito mais social do que uma questão médica.

P1: Uhum! Uhum!

P3: E aí eu... é... assim... do ponto de vista da medicina feita pelo... medicina baseada em evidências, o médico declara naquele momento, já não é questão minha, né? Em do ponto de vista da... da... da saúde mental e tudo mais é uma questão *nossa*, né? Então aí o sujeito médico, um sujeito que também é um ator desse cuidado, ele se implica pra tentar estabelecer esse cuidado de uma outra maneira.

Fernanda: E saindo do escopo médico, né? Como é... existe esse raciocínio clínico que tá sendo dito aqui? Como é que é?

P7: É a atenção psicossocial, o tempo todo.

P4: O tempo inteiro.

P7: O tempo todo

P4: A gente não tem como não olhar nesse sentido.

Fernanda: Como é que é essa atenção psicossocial?

P7: Não tem como olhar... é... é... Não tem como olhar só ali para a pessoa ou para o sintoma que ele vem apresentando ou só pro discurso dele. Isso tá... tá... isso é circunscrito a toda vivência dele, né? Das ausências, dos excessos, é... é... da vida dele, né? A vida é dele, é... é... é o que reforça talvez aquele momento e aquele momento reforça a vida dele, né? É quase como se fosse o axioma Tostines. Que é o que eu tava falando lá: A loucura não é uma crise, não é um sintoma. É uma forma de existir, né?... que eu acho, que... é... quando a gente vai pensar no... no... na contratualidade, né, no conceito de contratualidade, é o que faz a gente conseguir fazer essa pessoa viver bem, mesmo sendo louca, mas onde ela se sinta satisfeita e minimamente continente nas redes de proteção dela, né?

P3: Mais contida, né?

P7: E continente também, né? Porque quem disse que ela também não pode ser continente, né?

P4: É...

P7: Quem disse que ela também não pode ser continente, né? É... que... é... é... esse movimento da gente entender o território onde ela vive, da gente entender o... as dinâmicas familiares onde ela... em que ela tá inserida, que é a gente entender do que ela gosta e deixa de gostar, que é a gente, é... potencializar a... a... as qualidades e ir discutir os defeitos, né? Mas, eu acho que ir problematizando os defeitos, entre aspas, ou o que coloca ela em risco, é...é... é... eu acho que tem um espaço... um espaço, uma fala e um manejo... e eu acho que com isso, por exemplo, a gente tava discutindo o caso de um usuário na sexta feira, que mesmo ele fazendo tudo errado ele vem aqui, né? Pra falar que tá... que tá mal, né? Então, assim: de certa forma eu fico feliz de ver, por exemplo, B. com o pé quebrado vindo aqui no CAPS, porque ela tá falando do vínculo, né?

P4: Uhum.

P7: ... de que a gente respeita a loucura dela. A gente fala: "B., olha a tua vida, B....", né? Mas a gente respeita a loucura dela, né? Ela vem aqui louca, com o pé quebrado, fedida, mas ela vem aqui, né? Isso quer dizer alguma coisa, né?... do *nosso trabalho*, não é do trabalho de um ou de outro... do nosso trabalho, né? É... o que que... o que angustia é que o medo, o tempo todo... e... e... e... P4,

eu acho que ela... ela... ela... foi a primeira vez que eu vi P4... eu tenho uma porrada de tempo de saúde mental, mas a expressão capscômio... foi a primeira vez que eu ouvi, foi da tua boca.

P1: É! Eu também.

P7: ... Da gente não virar capscômio!

P4: ... mas a gente é o que mais tem! Mas a gente bancou muito não ser aqui!

P7: É, então... mas é isso. É... é... é... por isso que eu tô falando de que é... que é extremamente necessário a gente fazer essas discussões pra fora do CAPS...

P4: Sim!

P7: ... porque se não... e aí eu pego o slogan que é minha meditação diária, quando eu acordo... que é o slogan da luta antimanicomial de 2012: "Em nome do cuidado quais são as formas de exclusão que temos produzido". A gente que tem que ficar vigilante o tempo todo de não começar colocar essa galera em nome do vínculo dentro do... do serviço e achar que só a gente vai dar conta porque a gente não vai dar!

P4: Isso é uma onipotência absurda...

P7: ... não vai dar! Não... A gente tem que lidar com a impotência o tempo todo, na verdade, né?

P4: Sim, sim...

P7: Mas a gente tem que também entender quais são os dispositivos, a reunião de rede é um deles...

P4: *Um* deles.

P7: Um deles, mas eu acho que ela está esvaziada...

P1: ... Sim, no topo aí da tecnologia, eu acho que é de ponta, viu?

P7: É... Porque a gente também tem que entender...

P1: Eu aposto nessa!

P7: Porque a gente tem que entender que a nossa tecnologia, é tecnologia leve, né?

P1: ... é tecnologia de ponta, velho! A reunião de rede é de ponta... é o que nós temos...

P7: ... Pensando no Merhy, é tecnologia leve... a gente só tem tecnologia leve na mão, talvez a P3 tenha um pouco mais de tecnologia um pouco mais refinada, agora a nossa? É tecnologia leve o tempo todo, é vínculo, é... bat... é trocar ideia, é... é... ir com os cara pro... pro... parque...

P1: ... mas das tecnologias que a gente tem, eu acho que a reunião de rede é... que é o momento que a gente tem...

P7: Não mas...

P3: Não, concordo, eu acho que...

P7: ... pra mim as tecnologias mais complexas dentro de um CAPS, dentro da atenção psicossocial, e aí eu não tô colocando só o CAPS, é: conselho gestor...

P4: Sim.

P7: e... é... é... projeto de geração de renda. Porque a gente não sabe fazer isso. A gente não sabe fazer isso. A gente num tá... a gente enquanto trabalhador técnico, trabalhador de saúde técnico

de um serviço, a gente não sabe muito bem ainda como é que a gente faz pra fortalecer, potencializar, projeto de geração de renda... porque é no projeto de geração de renda que a gente vai conseguir de verdade falar de autonomia

P4: Isso! É. É.

P7: ... e protagonismo do usuário pra fora do serviço de saúde. É no conselho gestor que a gente vai politizar esse usuário. É no conselho gestor, na assembléia que a gente vai falar de educação popular em saúde... Só que aí, quando a gente vai fazer isso, a gente lida com uma porrada de entraves, né? A gente tem uma população analfabeta, gente! A nossa população é analfabeta, né? É foda, porque assim... é o tempo todo a gente tentando decodificar exatamente essa perseguição, dessa... dessa... complexidade de tecnologia para que as pessoas consigam ser menos alienadas no mundo, e a gente fala de alienação, que a... a... a loucura é a alienação o tempo todo, né? É o pau torando e os caras tipo... (*assovio*), né? Porque é a forma de existir dos caras... E é assim, às vezes dá até vontade de né, de ser meio alienado também, né?

P4: Dá!!! Opa!!

P7: ... de ficar igual o tal do J., lá o pau tá torando lá e ele lá, ó...(Assovio)

P1: "Você pode me dá o meu Biperideno?"

P7: Foda! Então, assim: é... é... é... são formas de existir talvez da mesma maneira que a gente tem pra não sofrer, eles também tentam, né? Só que aí você vê que o cara ele é... ele é... ele é usado como bolinha de ping pong né? Agora interna ele, agora coloca ele pra fora, agora coloca ele... E ele mesmo não é sujeito dele mesmo, né? Então assim, eu acho, eu sou um puta defensor da reunião de rede, participo, banco, desde o início, mas eu acho que a gente tá pecando porque a gente não está acessando os setores mais fascistas do...do... do... do setor público, da sociedade, que é isso... que é judiciário, que é alguns setores da... da... da... da assistência... Eles falam de vim... às vezes a gente até dá graças a Deus, né? Fala: "Ah, o CREAS não tá vindo mais na reunião de rede, graças a Deus", né? Porque é pau! É pau! É enfrentamento *difícil*, né? E... e... es às vezes a gente acha que se sente meio que exaurido de falar: Meu, eu não sei mais o que falar pra esse sujeito pra dizer que ele é fascista.

P4: Uhum.

P7: "Porque você é fascista". Cê falar com um cara que ele... Ah não, então a N. vai ficar o resto da vida internada num... num... num... como é que fala? Abrigo de adulto. Pô! Fascismo, né? É fascismo. Então "você é fascista, cara". Mas, cê tem que ter estratégia. (*risada*)

P1: Mas eu acho ainda, Ge, que assim... quando a gente fez o curso de especialização, é... é... gestão da clínica lá no Sírio, é... tinha uma coisa que um dos professores falava muito, assim: Ao construir um projeto, a gente precisa ver as pessoas que tem interesse naquilo que a gente tá construindo. E às vezes a gente acha que não, que a gente tem que ir primeiro no CREAS que é o mais difícil, e aí a gente acaba destruindo o projeto. Porque a gente vai nas pessoas que não têm interesse que aquilo caminhe e aí aquilo se perde. A gente se... se perde também pelo cansaço de tentar construir... Então assim... a reunião de rede 2, por exemplo, que é a que eu participo, o CREAS também não participa mais. Ele não frequenta, ele não vai... Mas a gente tem uma turma lá, que quando a gente vê que tem um caso que a gente vê um posicionamento contra o CREAS, ou que o CREAS tem vindo com um posicionamento bem complicado, a... o próprio grupo anda construindo documento, protocolando junto com a promotoria. Tipo... eles falaram isso, mas a gente tá protocolando isso aqui. E aí, é peso, porque você está falando de dois, quatro, cinco serviços pensando diferente.

P7: A gente fez isso em relação ao A.

P1: Então, cara! Mas é avanço!

P3: Olha só, a gente acaba protocolando lá com o promotor. Eu vou contar pro cês uma coisa: cês sabem o quanto que promotor entende saúde mental?

P7: Nada! *(Risos)*

P3: A gente tem que tentar... juro pra vocês!

P1: É, mas antigamente....

P3: Eu acho que a gente tem... a gente tem... a gente deveria ter um compromisso, em algum momento da... nosso assim... num sentido tipo assim: vamo tentar conversar com essa promotoria do município e tentar...

P4: eles adoram quando a gente vai...

P3: Não, não ir lá conversar com a... faz um seminário de discussão... porque, gente, de boa, o cara tá ferrado e tem duas conversa diferente... Beleza. Tipo... ele vai ter que decidir da cabeça dele, né? Nem o A, nem o B, né?

P1: É mas ele, ele....

Mulher: Porque "esse povo não sabe o que tá falando, é tudo doido um fala A, outra fala B"...

P1: Mas ele chama algumas pessoas pra essa... pra essa... por exemplo, uma audiência em alguns casos e antes a gente ia no *nóóóis* e a... o CREAS ia com toda uma turma que não fazia parte das reunião de rede... batendo na gente.! Ficava *nóóóis*... um só... falando com toda essa turma. E a gente sempre... não era ouvido, ou era ouvido e "tá, a gente entende o que cês tão falando, *mas* vamo fazer isso". Hoje, não. Hoje tem um CREAS falando uma coisa e se nesse grupo tiver um conselho, por exemplo, o conselho tutelar e... e... e albergue e outros serviços, a gente consegue ter um diálogo melhor...

P3: É mais que um, né?

P1: Sim, P3! E isso foi pela reunião de rede porque o conselho de lá é o que mais batia! Ele ia junto com o CREAS e batia *mesmo*. E hoje não, hoje o conselho... ele é contra os posicionamentos do CREAS. E hoje a gente não fala mais Conselho. Fala "a reunião de rede 2".

Fernanda: Vocês vão falando muito de tecnologia, né, logo vai aparecendo muitas vezes...

P1: Vai...

P3: Eu que falo muito isso!

P1: E aí gente gostou! A gente achou... a gente achou chic... a gente achou chic... a gente achou chic...

P3: Que nem um paciente nosso...

P7: Lembra do CI., né?

(Risos)

P1: Quem P3, qual CI.?

P3: O CI.!! A tecnologia!

P1: Então, esses dias eu até... ele me pediu pra eu adicionar ele no Face, essa semana passada!

P3: Ele pediu pra você adicionar ele...?

P1: O Cl. V..

P3: Ah, que legal!

Fernanda: O Cl. é do gesto [comentaram sobre esse usuário antes do início do grupo]?

P1: É... É...

P3: Ele falava assim, né?

P1: É... é...

P7: O Cl.... não, eu vou ter que contar porque a Fernanda não conhece: Teve uma oficina lá no... no...

P4: De teatro...

P7: ... de teatro! Cê tava né, P4? Cê tava, né? *(risos)* E o Cl., o Cl. super estereotipado, assim, estereotipadíssimo, né, cara. Aí ele foi fazer lá... aí era a... a loucura que a gente tava inventando no dia era assim: faz uma... um gesto, certo. Faz um gesto fica e uma outra pessoa vai conversar com o seu gesto, né? Aí o Cl. parou lá, tudo... apontou assim pro alto, né... aí eu fui lá do lado dele e fiz assim, aí eu virei pra ele e falei: o que cê tá apontando Cl.? "São meteoros, né? Em formato de rola, né? Que vão arromba todos os nossos cú, né?" Aí a gente ajoelhou no chão de rir, cara... *(risada)* e ele deu risada e aí ele se soltou pra cacete e... e era o cara que falava: "são 7 horas, né, tá na hora de ir embora... e ele não tinha relógio, não tinha perguntado hora pra ninguém...

P1: É. Tudo eles tinham o horário dele lá na cabeça.

P7: Impressionante, impressionante...

Mulher: Eu achei estranho esse pedido de amizade dele, não sei se ele tá bem...

P7: Ele tava lá, né, ele tava no... no nordeste, né?

P1: Não, ele voltou.

P7: Voltou?

P1: Ele voltou.

P3: Eu acho que esse pedido de amizade não deixa de ser vínculo, né?

P1: É...

P3: Talvez ele não queira vir fisicamente ao CAPS mas ele está querendo falar... com você.

P1: É, né? Não sei.

P3: Né? Não é com a P1...

P7: Não, ele pediu também. Ele pediu também. Ele me... me... me... me adicionou lá no Facebook. Mas eu não adicionei não, porque eu achei que tava...

P1: Eu não sei nem como ele me achou!!

Fernanda: Cês falaram de tecnologia, daí lembramos do Cl., é... acho que é um ponto muito importante, né? Porque vocês vão falando de uma demanda e de uma solicitação intensa pra que as altas tecnologias respondam. Uma solicitação intensa pra que o CAPS responda com a mesma resolutividade, mesmo tempo imediato... é...

P7: Não é possível!

Fernanda: Não é possível, né? Então assim, o que que a gente tem pra oferecer, que tecnologia é essa que vocês vão apontando o tempo todo: que tem um cuidado diferente, tem um olhar diferente, tem algo diferente que se faz... Quando tem um usuário ali, então, em sofrimento, numa situação, né, delicada o que que a gente tem a oferecer, que raciocínio clínico é esse, de repente, da equipe... O que que a gente oferece que não é essa alta tecnologia, mas que a gente vai apontando aqui, vocês vão construindo aqui, é... e vão sustentando sempre isso, que tem um outro tipo de cuidado que não tá... em termos de melhor ou pior nesse sentido, né? Não é que na alta tecnologia é... tá melhor e a gente tá oferecendo num cuidado menor, né, menos qualificado nesse sentido.

P7: Ou não necessário, né? Ou não necessário. Os dois são necessários, né, mas às vezes a gente não vai precisar de internação pra estabilizar o quadro de uma pessoa que está em crise, né?

Fernanda: E como é que é isso?

P7: Mas a gente também é necessário, né?

P4: Muitas vezes a gente não vai precisar de internação como diz o P7, na *grande* maioria das vezes, a gente não vai precisar da internação mas o que a gente tem de diferente é... é... é... é uma escuta qualificada e a possibilidade de criação de uma rede de proteção real específica pra cada um!

P3: Volta essa frase por favor.

P4: Qual P3?

P3: Essa da...

P4: Da gente ter uma escuta qualificada, a gente escuta verdadeiramente a pessoa na sua integralidade, no seu...

P3: Escuta na integralidade e você falou uma outra coisa...

P4: E a criação de uma rede de proteção, que é in... individualizada porque as pessoas são diferentes nas suas necessidades. Não é porque um sujeito da loucura que ele vai precisar é... ser medicado.

P7: Ou da exclusão e do abandono, né?

P4: Esses dias a gente tava falando disso... "pô, eu não quero mais medicar todo mundo, tem gente que não é pra medicar!

P3: Gente, a M. eu não consegui medicar!

P4: Sim, porque a gente...

P3: Eu não consegui medicar! Faz cinco anos que ela tá com a gente... eu não consigo medicar ela...

P4: Então! Ela não quer... e a gente respeita né, P3, isso. Por mais que não... não... não seja confortável, né?

P1: Eu não sei se...

P3: Por mais que não seja 100%... alguém qualquer hora pode se invocar com ela porque ela ela planta dinheiro no quintal, mas... fazer o quê?

P4: E o que a gente *de verdade* trata aqui é o sofrimento! Não é loucura! Loucura não dá pra tratar! A gente trata dor, sofrimento... isso, sim, a gente cuida!

P3: Loucura... essa sua fala é onde as pessoas pegam a gente: "Loucura não é pra tratar? Então, vocês tão aí pra que?"

P1: (risos)

P3: Né? As pessoas às vezes são... com a gente. Eu acho que a gente tem que falar que a gente cuida de tudo: a gente cuida da loucura, da diferença, a gente cuida com inclusão. Então assim, o que você acabou de falar, na escuta qualificada, que eu acho fundamental... Um olhar continente, você falou, né? Empoderamento do sujeito dentro da rede de proteção dele...

P4: A gente cria isso.

P3: Só que assim, eu continuo falando, a gente precisa trazer as famílias pra esta... pra este olhar que a gente tem... Algum... ó... de boa, algumas famílias já tem esse olhar...

P4: Tem.

P3: ... e elas tão aqui com a gente. Mas são algumas.

P7: São poucas, né?

P3: A gente tem trezentos sujeitos inscritos e a gente tem dez famílias presentes, né? Então, cadê essas outras duzentos e noventa, aumenta o risco, né?

P1: Uhum.

(risos)

P3: Cadê esse povo todo?

P1: Cadê os duzentos e noventa?

P3: Cadê os duzentos e noventa que não tão no grupo?

P1: ... que não tão no grupo? Cadê no grupo?

P3: Não, no grupo não. Mas que assim, onde é que estão esses outros familiares?

P7: Não tão presentes no cuidado. Talvez não presentes no cuidado.

P3: É... onde eles tão? tem alguns que estão na CT... ó... na TC, na Terapia Comunitária.

P4: Muitos! De uma forma sistemática!

P3: Eu acho que tem uns tanto que tão lá, que eu acho que isso... Eu acho que esse equipamento, é um equipamento ferrado de bom, que eu acho que precisaria ter em cada setor dessa... desse município e, se possível no Brasil inteiro, no mundo... No mundo talvez tenha, não sei...

P4: Tem. Na França. Na Suíça.

P3: Aí, eu acho que é assim, ó. Isso sim é um lugar onde é o protagonismo do sujeito pra além do equipamento, né? É terapeuta, né, já diz na palavra.

P4: É para além! Muito pra além!

P3: Aí assim, mas... é... onde é que tá? Então assim, a gente... a gente tem uma escuta qualificada, a gente tem construção de rede... a gente constrói rede com outros equipamentos de saúde... Isso fortalece... Isso que você acabou de falar, essa descrição que ela deu da reunião de rede 2 ... Eu lembro do ano passado a reunião de rede 2 era um...

P4: Noooooossa!

P3: Era só pancadaria, né?

P4: Era uma apreensão. A gente sofria quando vocês começavam a falar da reunião de rede 2... eu....eu...

P7: Era uma caça às bruxas.

P1: Era uma caça às bruxas...

P4: É... Eu nem falava muito da 1 porque era uma reunião de rede confortável. A gente cria um vínculo de afeto, muito gostoso... A ente se fortalece na 1, né? Na 2, cês iam... parece que... ia pra guerra!

P7: É um território muito difícil, cara! Muito difícil! Muito difícil!

P4: É.

P1: Mas acho que as pessoas tem visto isso, né? É... eu acho que a gente não desiste. Acho que, uma das coisas que é diferente, dentro do... do... do CAPS, é que a gente não desiste das pessoas.

P4: É...

P1: E eu acho que a gente não tem esse olhar, é... a gente não foca na... na... na doença, porque se não a gente desistiria porque em muitos casos não tem cura, é pra vida inteira, então a gente desistiria. E eu acho, diferente das pessoas... elas focam na doença e elas querem a cura e ao ver que a cura não vem... É fácil dizer do serviço também porque elas buscam é... é... o processo de cura daquela pessoa. Da limpeza de tudo aquilo que tá acontecendo ali, como se fosse um clooro higienista, muitas das vezes da visão...

P4: É bem isso.

P1: É! E a gente não. A gente sabe que não dá pra olhar pra doença porque nós não vamos ter resposta aí, né? A gente vai ter um... um... um... é... uma diminuição de alguns sintomas, a gente vai ter uma melhora de algumas coisas, uma piora de outras, mas a gente vai focar na pessoa, no contexto de vida dela e o mínimo que ela melhorar, pra nós é uma vitória. E o que não for, num caso é... melhora daquele, a gente comemora a melhora em outro. E eu acho que ne... ne... ne... nessa balança, a gente vai achando força pra poder continuar... Porque alguns, é muito difícil. Alguns nos angustia muito e alguns a gente vê que realmente: B.... e outras pessoas, a gente vê que é difícil, mas outras a gente vê que caminha. E talvez a gente tenha levado isso pras reunião de rede. B. vai ser... vou me aposentaaar... e se B. estiver viva que o assistente social que acabou de formar naquele ano de mil novecentos... dois mil (*riso*) novecentos e não sei o que... que não sei quando vamos nos aposentar, o que chegar aí e B. estiver viva... vai continuar naquele em processo... Porque é pra vida! E talvez a gente discutir isso na reunião de rede, de quanto a gente tem que diminuir a nossa angústia... porque acho que a P5 vai falar essa frase do Dr. N. aí... talvez a gente veja nesse momento. Vê, se angustia, se desespera e pronto. É... entra num processo de apontar pro outro, apontar pro serviço, apontar pro usuário... e aí não caminha, não se transforma, não sai do lugar. Então eu acho que talvez essa discussão que a gente tem feito também na reunião de rede, isso tem transformado as pessoas!

P4: Hoje nós estávamos nessa discussão na reunião de rede 1. Muito legal ter a presença da M., né, a gerente. Eu conheci ela hoje. Ela chegou na segunda parte da reunião de rede e a gente tava falando um pouco dessa forma de funcionar do CAPS e como poderia vir a ser nas UBSs. Ela fala: "Ah, mas vocês"... é... a gente tava falando da relação médica e a gente falou um pouco daqui e daí ela falou: "Mas aí assim, não vamo falar de exceções, CAPS vocês conseguem ter essa discussão". Mas o que eu poderia conseguir numa unidade básica de saúde? A gente ficou pensando muito nisso. É... falando de um caso específico, o caso N., porque ela conhecia bem lá o... a... a... a pessoa, ela

falou: "Quando chega no CAPS, quando a gente tem experiência em... é... UBS, quando chega no CAPS eu já peguei o surto aqui". E a gente conversou muito sobre isso: Por que que não é possível essa conversa, porque que é tão difícil o diálogo, é... numa unidade básica de saúde?

Fernanda: Dentro da unidade?

P4: Dentro da unidade. E se uma unidade é menor, a gente tinha representantes da... da UBS R.. A R. é uma unidade muito menor e as discussões acontecem. Eu sei até...

P7: Porque a gerência banca.

P4: Porque a gerência banca. E porque... é uma unidade onde todo mundo conhece todo mundo, que tem um médico generalista... agora não tem mais, né? Dr. P. foi embora. Eu conheci o Dr. P., médico cubano, médico generalista que tem toda uma formação específica pra isso... a gente esbarrou tudo nessa questão. Então eu acho que como tem coisas que são historicamente construídas, precisa também ser historicamente desconstruídas... Quando a gente fala desse caso N. e a gente fala dessa história toda de como... como... tem todo um processo de... é... cultural aqui nessa cidade de institucionalizar uma adolescente que não tem nenhuma... nenhuma justificativa, é... pra tá internada tanto tempo já que ela tá... nenhum lugar que ela tá é... e a gerente fala é... "gente...", conhece já há muito tempo... Ela falou: "gente, eu não vejo sentido nisso, não tem lugar..." Agora vai ter, né? Porque medicalizou tanto, tá tão... que vai ter um tempo, vai precisar tá num lugar como... como o nosso... pra tirar medicação!

P3: Como que a gente não consegue falar pra esses psiquiatras que não é assim...?

P4: Pois é, P3, foi isso que ela falou. Ela falou: "não adianta vocês falarem..."

P7: É isso que ela tava falando, né? As pessoas tem uma dificuldade enorme...

P4: É isso a P3...

P7: ... de se afetar pelo sofrimento dos outros...

P4: É.

P3: Eu acho que a formação médica, que é uma formação mais protocolar... e o sujeito médico não existe, né? Existe um fazedor de tarefas, né?

P4: É isso. É.

P7: Sim. Eu acho que... se a gente for pensar... se a gente for pensar...

P3: O cara não aprende... Na faculdade de medicina o cara não aprende a pensar...

P4: Não! Não!

P7: Mas P3, se a gente for também olhar...

P4: É isso daí.

P3: ... esse envolvimento afetivo...

P7: eu acho que uma coisa imita a outra...

P4:....eles dormem na aula...

P7 : Uma coisa imita a outra, por exemplo, por que que na UBS não consegue se fazer essa discussão à respeito de um caso?

P4: Pois é...

P7: Né?

P4: Precisa ir a reunião de rede lá...

P7: Ah, porque não tem nem primeiro... primeiro: aí a gente pode achar justificativas concretas e administrativas protocolares. Ah porque eu não tentei porque não tem reunião, porque não tem... porque não tem um monte de coisa, mas no final das contas P3, tem as pessoas não se possibilitando se afetar pelo sofrimento dos outros.

P4: Exatamente P7.

P7: Na base do negócio, as pessoas, elas estão ali pra cumprir tarefas não tão ali pra tá com as pessoas.

P4: Tarefeiros! A gente não pode abrir um espaço pra refletir...

P7: Na base do negócio é isso!

P4: ... e se transformar, e se posicionar contra. Caso N: parece que a gente tá no século XIX. Falei: "gente, o que que é isso?!" O que que eles tão falando!

P3: Nós estamos no século XVIII.

P4: Quando a gente fala... É!

P7: É pior, né? (*risos*)

P4: É pior.

P7: O Pinel tá vivo. O Pinel tá vivo.

P1: Esses dias... esses dias eu ouvi uma mensagem... Esses dias eu ouvi uma mensagem assim: "Esperem as caravelas! Logo, logo chegará as caravelas com Pedro Álvares Cabral"... Gritando: "Terra à vista! Terra à vista!" (*risos*)

P7: Cara, a gente precisa olhar pra esse momento, 2017 no Brasil e 2017 no mundo pra entender que a história é cíclica, como diz Lauris Baum, e que a gente tá vivendo uma ressaca, de certa forma, de movimentos progressistas no mundo, né? É... Então assim, é... o... a... essa... esse desvelo do fascismo que sempre existiu... porque sempre existiu ele só tá mais desvelado agora. A gente vai ter que suportar e ter que continuar tendo criatividade pra ter movimento contrário a isso, sabe?

P3: Eu só consigo... Eu só consigo pensar num futuro neste universo, neste momento, quando eu penso nos núcleos de resistência, sabe?

P4: Sim.

P3: Me vem na cabeça todas as resistências que já ouvi falar na história... ta-ta-ta-ta... Focos de resistência... eu falo: "eles conseguiram então nós vamos conseguir também, né? É... assim... essa... esse ciclo, né, um ponto, um ponto, um ponto... Eu acho que a gente tá amadurecendo enquanto seres, né? Eu creio que sim. Eu acho que a gente vai chegar um momento em que a gente esteja menos extremista, né, e mais ponderado, mais... mais mediano, né? Sou sempre meio otimista nesse sentido, né? Mas tudo bem. É... (Silêncio) Eu não sei, sabe P7, ainda é... assim... porque que não tem essas... essas coisas chamadas reuniões interdisciplinares, apropriação do vínculo interdisciplinar, pra depois se apropriar da tarefa, paciente, cuidado, de uma forma onde o olhar seja ampliado dentro de todos os setores do serviço de saúde pública e em outros setores de cuidado. Talvez porque nas formações dos sujeitos operadores dessas ações... sejam elas sociais, psicológicas, ocupacionais, né, seja lá os médicos... não se privilegie em momento algum o ser antropológico humano, né? Então assim: o cara é formado, constituído pra ter respostas, tá? Questões pontuais. É isso.

P7: Nossa sociedade forma as pessoas pra serem consumistas...

P3: E... e... e... aí assim... Meu, a gente tá lidando com um trequinho? Na minha época isso aí não existia, não. Outro dia um amigo meu falou assim: "O que cê tem feito? Cê tem em casa um telefone de disco?"

P7: Telefone de disco?!! (*risada*)

P3: É... Aí eu falei pra ele: "Cara, eu lembro quando eu tentava ligar pra minha avó, que eu ficava discando, discando, discando e às vezes não dava linha mesmo, aí cê tinha que bater várias vezes na teclinha pra mulher lá atender do outro lado: Pô, não tá dando linha não? Calma, a gente... to botando linha pra sen... Era uma... uma história. Demorava um dia inteiro pro cê falar com a pessoa...

(risos)

P3: Então essa... essa sociedade que a gente se depara hoje, com essa criança pequena que se vai se estruturar e crescer nessa geração Y... a gente tá cuidando da geração Y

P1: Tá.

P3: ... ou da geração Beta?... não sei qual geração a gente tá aí... Não.

P7: A gente tá no milênio, eu acho...

P3: É, mas eu sei lá que porra de geração a gente tá agora.

(*Risadas*)

P3: Mas esse... esse pessoal... eles... Meu! Eu tava conversando isso com uma menina outro dia... eu assim... mas então, olha, o espaço da terapia é significativo pra você, pra você falar um pouquinho dos seus sentidos, tal, não sei o que.... Mas não tem um comprimido que me tira isso? Mas, olha... mas não tem um comprimido que me tira isso? Lá pela décima vez que ela falou isso pra mim eu falei assim: Tem, cê quer? Vou te dar, tó, pega. Tó. Se não tirar você volta pra gente conversar? Por que... Meu!... (Silêncio) E aí? Às vezes eu me sinto na contra-mão.

P1: Uhum!

P3: Na contra-mão desse negócio, aí, entendeu?

P7 : A gente é contra-mão, P3. A gente é contra-mão, P3. A gente é contra-mão tempo todo.

P4: O tempo todo a gente é contra-mão.

P7: A gente é contra mão o tempo todo. A gente...

P3: Eu acho que a gente já foi muito mão.

P7: Não, não, P3.

P3: Acho que nos últimos 20 anos a gente tá na contra-mão, vai?!... É!... É!

P7: Sei lá... Sei lá... Sei lá...

P3: Eu acho que nesse... Aí... aí os lulhi... lulhi... lulistas gozam, né? Acho que nesse governo Dilma / Lula a gente teve uma... não, mas é verdade!

P7: Não P3! Eu acho assim... menos!

P3: A gente teve um social mais... A gente teve um social mais...

P7 : Menos!... Menos!... Menos!... Mas por exemplo, se a gente for falar dentro dos movimentos, fazer discussão de saúde mental dentro de outros movimentos... é... é... populares de... de... garantia de direitos, é você falar de coisa alienígena!... Né? Cê tava falando, por exemplo, da gente discutir com outros movimentos...

P3: LGBT... Mulheres...

P7: ... o Fórum vem... vem justamente pensando neste momento como é que a gente se... desmembra não!... mas como que a gente se pulveriza pra participar de outros movimentos sociais, pra gente levar a pauta de saúde mental para outros movimentos sociais que tem muito mais força e visibilidade do que de saúde mental, né? Do que a luta antimanicomial em si no caso. E aí assim, eu fui... *(risada)*... Eu fui participar enquanto membro do Fórum de um movimento de moradia... e... cara!... eu tava falando grego pras pessoas. Grego! Grego! Eu tava falando de pauta de luta antimanicomial e eu tava falando grego pras pessoas! Porque ninguém nunca tinha ouvido falar disso!

P3: Mas nós...

P7: Mas vocês não ouviram, mas cês sofrem gente! Quem que não vai no médico, quem que não vai num psiquiatra, quem não passa num CAPS, quem nunca fez uso de álcool? Né?

P4: Mas nós somos responsáveis por isso porque a gente fala pra nós mesmos.

P3: Isso que eu tô falando!!

P1: Uhum!

P4: ... A gente... a gente sempre fala pra nós mesmos.

P7: É difícil pra cacete falar...

P4: A gente não fala... A gente não se organiza pra falar...

P1: E é muito doido! Porque a gente fala pra gente mesmo e a gente fica achando que todo mundo sabe...

P4: É! É!

P1: Aí quando a gente chega lá, a gente fica tão desesperado... *(risada)*... A gente fica muito desesperado!

Fernanda: Então, na saúde mental tem uma dificuldade de articulação nesse sentido?!

P4: Ô... tem!...

P7 : É, porque eu acho... a gente tem uma ideia ilusória de que todo mundo pensa...

P1: É! É!... num tá sabendo! É! É!

P7:... o mundo como a gente. Não é verdade!...

P1: ... é muito doido quando você chega num grupo... é... de trabalho, de pessoas, e as pessoas tão muito... como que eu falo?...

P3: Psiquiatra não tá nem aí com... *(som de imitação de choro)*

P1: ... Não estão nessa discussão... estão bem numa discussão bem manicomial, bem desrespeitosa...

P7: É que é visão de mundo. A visão de mundo é outra...

P1: ...e aí a gente fica desesperado nesses... nesses espaços, assim...

P5: Tem uma coisa... tem uma coisa que eu sempre fico pensando, né... por que que a gente fala: saúde mental, saúde mental, saúde mental?... É uma coisa, é uma discussão que vai trazendo há muito tempo. É saúde!

P1: É, ela fala sempre isso.

P5: Eu sempre falo isso porque.. você vai em qualquer lugar a pessoa fala assim: "Ah, porque eu... vou... saúde da criança". Tá falando da saúde! É a saúde mental que... é a saúde mental... Eu acho que de uma certa forma a gente também se colocou é... fora da saúde...

P4: Diferenciou.

P5: ... É assim, tem a *saúúúde* e tem a saúde mental.

P3: Mas isso é crônico! (*risada*)... É!

P5: Sim, então, isso é crônico.

P3: Filha, isso aí vem lá do cara...

P1: ... dos primórdios da civilização!

P5: Eu não tô falando que nós inventamos isso, eu estou dizendo...

P1: ... que esse é o problema! Essa cronificação é o problema!

P5: ... que é o início do problema! Eu acho que é uma coisa que a gente se coloca fora mesmo! Então a gente já se coloca fora da própria saúde. Aí a gente briga com o intersector não quer ouvir a gente!

P4: *liiisstto!!!*

P5: ... né? Acho que fica a coisa mais maluca ainda! Então eu acho que a gente teria que começar a falar outra linguagem. É saúde!

P4: Uma outra linguagem!

P3: Tô no PS trabalhando, entro na sala dos médicos, tá lá o ortopedista, o cirurgião, o clínico geral... né?... o povo que vai lá no PS... entra psiquiatra...

P4: Nooosssa!

P3: ... se for psiquiatra não é médica!

P4: É isso mesmo.

(*Risadas*)

P5: Mas isso já vem da medicina, né?

P3: É crônico! É crônico! (*risadas*)

P5: Então eu lembro da época que tava na faculdade... "então, porque você fez medicina?... se você quer ser psiquiatra, né?"

(*Risadas*)

P3: ... passa por aí...

P7: Eu acho que é isso. A gente fala de uma... de um... de uma visão de mundo diferente e a gente fala de uma disputa de modelo de cuidado diferente. Por isso que a gente se aparta do... do... da nomenclatura saúde. Não tô fazendo a defesa, tá, gente... de... deste apartamento, não é isso... fazendo uma análise! Como é que a gente rompe desse apartamento e se integra... é difícil. Muito difícil. Porque aí, assim... é... de uma certa forma a gente se identificar com discursos higienistas e protocolares e ... na boa!... eu não consigo me identificar com discurso de UBS...

P1: A gente não consegue!

P7: ... Porque eu passei quatro anos e meio da minha vida trabalhando dentro de UBS *todo dia*.

P3: Qual é o discurso da UBS?

P4: Mas P7... tem UBSs e UBSs...

P7: ... E eu era... higienista, protocolar... é... normativo... é... tarefairo... entendeu? E eu falei... tanto é que assim... quando dava merda em tudo falavam: "Ele não consegue tomar o remédio". Aí eu falei: "Qual, o Haldol?" "Não, hipertensão"! Aí eu: "Mas... peraí, como assim?" "Não, vai lá e... e..." Aí eu falei: "Não, cês tão achando que eu sou o que? Um professor Xavier que vai entrar na mente da pessoa..."

(risadas)

P7: Não, porque... gente, eu tô falando sério!

P1: Careca você já tá! Careca você já tá!

(risadas)

P7: Tô falando sério! Tô falando muito sério, gente! "Não, vai lá fazer uma visita pra ele porque ele não consegue tomar o remédio de hipertensão" ... Eu falei assim pra eles: "Por quê?" "Não, pra você convencer ele..." Eu falei: "Oi?!"

(risadas)

P7: É isso... as pessoas...

P3: Mas não querem convencer os gays, agora, de que eles podem ser heteros?

P7: Porra nenhuma! Porra nenhuma!

(risadas)

P5: Mas eu acho que assim... pra você convencer... eu acho que é... não é pra você convencer, é porque você é uma pessoa que sabem que você é capaz de escutar o que ele tem a dizer.

P4: É.

P5: ... Entendeu? Eu acho que a diferença está na maneira... tá tudo na continência.

P7: Ai P5, cê podia ter me falado isso no primeiro mês de UBS, né?!...

(risadas)

P7: ... não ia ficar com ouvido aversivo, né? (risada)

P5: Assim... tem as coisas boas também... que nem na UBS S.M.... quem conhece as ACSs de lá... elas são... é claro, elas entram em contato direto com o sofrimento, elas tão numa área assim... super vulnerável, tudo... mas elas são de... porque lá dentro... elas criaram uma força e elas conseguiram fazer uma reunião... em saúde mental.

P4: Olha só!

P5: Né?! Então tem uma equipe... né?... eles se reúnem... é enfermeira, quando dá a psiquiatra entra também... elas se reúnem sempre pra discutir assim é... os casos mais críticos, mais difíceis e tentar estratégias, né?... Elas vem e conversam com a gente... mas é outro nível, não é assim: "Ó, cê têm que vir aqui e resolver"... não, não é!... né?

P7: É uma construção histórica, né P5?!

P5: Isso.

P3: Mas isso porque as ACSs de lá é... foram muito supimpas, né?

P5: É... eu... eu creio que... elas tiveram sorte, né?... tiveram uma gestora que validava muito a questão, né?

P7: Bancava... Puxava...

P5: Bancava bastante...

Fernanda: Qual UBS?

P5: S.M..

P4: S.M.. Elas têm um vínculo antigo, também, né P5? Lembra que elas participavam da supervisão que a gente teve aqui?

P1: Uhum!

P3: Siiim, nossa!

P5: É, mas elas só participavam...

P7: ... porque a gestão bancava.

P5: Elas começaram a participar porque a gestora falou assim: "Vocês vão lá", sabe?... nem perguntou: "Cês querem ir?" Não, "vocês vão!" Porque a gestora acreditava muito na questão assim da... da saúde mental, da sa... da reunião de rede... Se hoje a 3 é do jeito que é, eu acho que teve um start aí com a gestora mesmo...

P7: No território.

P5: No território!

P3: Ai a gente fala que o gestor tem um papel importante...

P4: Sim...

P3: ... no estímulo...

P1: A P. era bem...

P3: ... na... possibilitação, né?... na permeação de... de... de ações integrativas, né?... pra cuidado. Eu acho que é isso mesmo...

P4: Também acho.

P3: ...cê chega pra um gestor, cê fala assim: "preciso liberar minha agenda porque eu preciso ter uma reunião, uma vez por semana, com a enfermeira e a psicóloga do meu setor aqui, que a gente

tem casos de gestantes adolescentes e violência da mulher". Cê fala um negócio desse pro seu gestor, ele vai dizer: "Não dá, cê tem que atender 40 nesse dia, nessa hora"... acabou!

P5: Mas na... por exemplo, o SM é uma das pouquíssimas UBSs do município que participa do núcleo de enfrentamento à violência.

P7: Uhum! Desde...!, né?

P4: A R. também.

P5: Sim, mas...

P4: ... é diferente, né?

P5: ... Mas não o tanto de pessoas que tem...

P4: A R. é pequena, né?

P7: Desde...!, né P5?

P5: Desde...! Desde o início, né?

P7: Não é de agora não, é de bastante tempo.

P4: Na R. eles tem reunião semanal de... é...

P7: Também bancada pela gestão.

P4: Também bancada pela gestão.

Fernanda: Deu nosso horário...

P4: Que pena!

Fernanda: Na próxima será nossa última... nosso último encontro

P4: Tem sido muito bom!

(falas concomitantes)

Fernanda: Obrigada, gente!

P4: Obrigada a gente!

(Falatório e risadas. Animação)

Terceiro grupo operativo

Coordenadora: Fernanda Zanetti Cinalli Giovanetti

Observador: Rodrigo Manoel Giovanetti

Participantes: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7

Fernanda: Bom, então este é o último encontro, né? A gente fez um de três, este é o último, é... acho que todo mundo já participou então não vou repetir a explicação do dispositivo. Queria então lembrar, propor a mesma tarefa, né, que é a gente poder falar um pouquinho, destacar os pontos que vocês consideram relevantes pro desenvolvimento do cuidar no CAPS. A gente falou bastante nesses dois encontros sobre as ações no território, sobre as reuniões de rede, creio então que a gente pudesse pensar um pouco, falar um pouco hoje do cuidado dentro do CAPS, com os usuários do CAPS, que estão inseridos e numa condição de sofrimento, enfim... diante dessa mesma tarefa de destacar esses pontos relevantes pra esse cuidado, pensando um pouquinho nos pacientes que tão inseridos no CAPS, cuidados que a gente faz no CAPS.

(Silêncio)

P4: Ó... Ano passado, quando a gente fez... um dos momentos que a gente fez uma avaliação também do ano, como tinha sido... a gente foi verificando que a gente tinha... mais ou menos metade das nossas oficinas eram abertas, os grupos, as oficinas, as ações... abertas... a gente fazia sempre com um... com um link com um espaço... externo e uma outra metade... mais ou menos... por volta de 50% aí... tinha os grupos fechados, aqui dentro do CAPS. Eu acho que isso mudou esse ano, né, P5? Eu acho que a gente tem... até conversado um pouco, não muito profundamente sobre isso mas acho que isso mudou. Nós estamos abrindo mais, fazendo um trabalho mais... é... como posso falar?... comunidade... no território... mas espaço com o CECO, parceria com o Esporte... a gente tá com mais grupos abertos e as oficinas e atividades... Acho legal a gente poder pensar sobre isso aqui. Eu acho uma pena também que a gente vai terminar essa nossa conversa... acho que pode ser... eu tava até falando pro P7, da gente repensar isso, da gente usar esse espaço... fazer uma vez no mês, a gente falar um pouco sobre isso... os princípios, os conceitos... a gente não fala muito sobre sobre isso. No final do ano, quando a gente faz planejamento, a gente faria isso é... nas oficinas, mas eu acho que esse cuidado interno, tem muita... tem uma fantasia dos outros... da RAPS e... da RAPS como um todo e principalmente dos outros... dos outros colegas da assistência, educação que... estar no CAPS, significa estar num espaço fechado. E aqui a gente busca romper isso o tempo todo. O tempo todo de estar no CAPS, ele está aqui nesse cuidado, nessa passagem aqui, que aqui é um lugar de passagem pras pessoas se recompor e acessarem na vida... por isso acho que a gente tá nesse momento com tantos grupos abertos... Nós nunca tivemos! Acho que nesses... quase... nesse tempo que eu tô no CAPS... quase dez anos... não lembro da gente estar com tantos grupos abertos como estamos agora!

P2: Eu... acho que assim... tem... tem uma coisinha que eu acho muito importante, mas que eu acho que ao longo desse tempo a gente perdeu um pouco. Que... Acho que os grupos... eles são... eles são propostos com um fim terapêutico, né? E, claro que ...

P4: Não só, né?

P2:.. não, não só... mas tô falando... né... que claro que os grupos abertos também são bem vindos... é... aparentemente eles parecem que os manejos são mais fáceis, mas acho que o que...

P4: Não...

P2: Deixa eu terminar! ... o que eu penso é que a gente perdeu um pouco da questão de ter pelo menos dois técnicos fazendo um grupo. E... é... a enfermagem compõe, a enfermagem auxilia, a enfermagem ajuda, mas a falta do... da troca na hora de ter pacientes com mais dificuldades, ter paciente com... que... que exige um... um... um manejo um pouco maior, é... isso... isso me traz uma falta. Eu acho que é primordial quando a gente pensa em grupo... grupo grande porque são grupos grandes que a gente faz dentro de um CAPS... da gente pensar que tem que ter mais gente pra poder conseguir conduzir a situação e dá um fim realmente bom, bacana, produtivo... Eu sinto isso. Eu sinto isso quando... porque assim... quando eu faço um grupo, tem um... tem a equipe de enfermagem junto comigo mas me falta o feedback de um outro profissional que possa puxar mais a minha linha de raciocínio do que a... a... a própria enfermagem.

P4: Importante isso que cê tá falando, P2, porque assim ó...

P2: Eu acho que isso pra dentro de um CAPS... essa troca... que eu acho que o momento que a gente faz a Reab é dentro dos grupos, né?

P4: É.

P2: Eu acho que... eu sinto isso... uma falta... mas eu acho que seria... algo que...

P4: Sabe que isso é uma realidade acho mais da... dos... dos grupos da manhã... eu... eu tô falan... falar do meu... da minha... da minha prática... eu faço a Terapia Comunitária... quando a K. entrou... eu comecei a fazer junto ela... no começo do ano... mas é... quando eu fui fazer os períodos de férias e tudo... a Neide pediu que precisaria de um técnico mesmo, um suporte pra poder fazer... não entrar com... com... com... eu preciso de um profissional pra fazer os manejos que... que... que fica muito difícil durante esse mês que eu não tô. Aí a K. entrou e deu um suporte fantástico assim... e mudou... eu... eu... lembro da P5 fazendo... (*celular toca*) ... da P5 fazendo a terapia comunitária aqui no CAPS por um tempo, quando foi...

(Pausa: *celular tocando*)

P4: (*atende o celular*) Já, já te ligo, tá “X⁴¹”, eu tô num grupo, já, já te ligo... Gente, desculpa!

(*Silêncio*)

P4: É... E... eu acho que isso foi muito importante! A gente manteve... a K. com a gente... E aí eu comecei a fazer algum sarau que a gente faz em dupla... a gente faz o... a... tem que ser!... que é o dia que a gente faz as visitas domiciliares...

P3: Que sarau é esse?

P4: ... a gente acaba fazendo o sarau eu e ela e mais a equipe de enfermagem... eu faço na quarta o acompanhamento... acabei ficando... dando suporte no período de férias... mas eu tô ficando na atividade física,...então a gente tem feito pelo menos três oficinas à tarde, *em dupla*! E faz diferença!

P2: E faz...! E faz! E faz, né?! E faz!

P4: O violão também.

P2: ...Faz na condução...

P4: É!

P2: ... faz é... no... na nossa tranquilidade...

P4: É!

⁴¹ Nome de familiar omitido para preservação do sigilo.

P2: ... porque assim, é... e... é... primordial, acho!

P4: Todo...

P2: ... e pra eles eu acredito que também faça... faça uma certa diferença. Eu acho que a enfermagem tá aí... ela compõe, ela faz o que... o que dá e o que é possível, mas tem... tem... tem manejos que... que... que precisa dum... de um outro tipo de olhar que eu acho que a gente acaba tendo um com outro...

P4: A gente chegou a fazer grupo aqui com três profissionais há um tempo... *muito* tempo atrás!

P3: Cê... você acha que isso é em função de um saber? Que... que talvez o profissional de enfermagem não tenha ou... ou talvez de uma apropriação que eles não tenham do saber deles? Porque assim, é... por exemplo, eu acho que a L....

P4: Nossa!

P3: ... às vezes que vi a L. agindo nos grupos, né, eu acho que a L. é de uma pertinência... absoluta, né?

P2: Eu não, eu não tinha...

P3: Eu acho que a N. é de uma *contundência* absoluta também, né?

P2: Não, eu não tinha uma questão do saber... não é nem pensando numa questão do saber ou do não saber, né? É... é que... eu já vivi esses dois extremos. E como eu já vivi esses dois extremos, eu consigo perceber uma diferença...

P3: Que faz diferença.

P2: ... E também tem que ter... elas tem que estar... porque elas fazem uma diferença de uma *outra* maneira...

P3: Siiiiimm, eu acho incrível! Eu acho incrível!

P2: ... que se fosse feito pelos técnico só... não... não daríamos conta, porque... o manejo é... é... é de outra ordem o que elas tem que ter e o que a gente tem que ter, né? Então eu acho que...

P4: Não é uma questão de...

P3: Você acha que são ordens diferentes de manejo...

P2: Sim!

P3: ... e não a questão de saber?

P2: Não, não, não, não.

P4: Eu acho que não... eu também concordo.

P2: E... e... e... eu acho que a reabilitação dentro do CAPS ela... é óbvio que vai ganhar muito mais com dois técnicos do que só com um... É óbvio!

P3: É... porque eu...

P2: ... Mas, a gente vai perdendo esses pacientes e até o próprio interesse desses pacientes, porque a gente tem... é... é que nem professor, a gente tem que conseguir prender a atenção dos cara. Se a gente não prende a atenção dos cara, os cara vão... dispersar.

P4: Cê tá falando de interdisciplinaridade... né P2? De um outro... de um outro...

P2: É de eu tá aqui falando e não tem que me desfocar porque o outro paciente em crise e tá faz... e o outro já tem que entrar com outro manejo... e conseguir fazer uma... um... Isso faz falta!

P4: Faz, nossa!!

P2: ... isso é primordial dentro de um CAPS... pra mim... né?

P3: Cê sabe que eu tava pensando... outro dia... e aí não tem nada a ver com o grupo, mas tem a ver com a postura afetiva, né... e aí... desculpa vou me reportar a um fantasma, né, mas... que é a nossa antiga coordenadora, né,... mas eu acho que a P... ela tinha uma coisa que não era tanto o manejo, mas era uma questão de uma disponibilidade que ela estabelecia com... que a gente aca.... que a gente tá muito envolvido na tarefa... e aí a gente acaba, muitas vezes... e aí eu tava pensando sobre isso, sobre esta nossa postura, né? É... a gente tá envolvido na tarefa, tá envolvido num grupo, tá envolvido na questão da execução da nossa especificidade técnica... e... mas assim, de repente aquela.... Eu acho que a R. tem muito isso!

P4: O que P3?

P3: A afetividade. Aquela coisa que é pra além do técnico, que é um outro lugar. Que é um outro lugar! Eu não... não... não enxergo isso como um lugar de especificidade técnica, de atuação na situação de crise... É uma outra questão, né? E... eu acho interessante, né? Então... quer ver ó... é... isso acontece com a R....

P4: A R. é muito pró-ativa, né?

P3: ... acontece com a J., quando a J. faz um grupo de fios...

P2: Então, mas é engraçado... olha a minha postura: eu estou dentro, eu sou a coordenadora, tenho um auxiliar comigo, mas eu sou a enfermeira! (*risos*)

P3: Sim! Sim! Sim!

P2: ... E a porta vai bater... na enfermagem o tempo inteiro Eu tô fazendo uma intervenção terapêutica, eu falo pro cara parar de falar, porque eu preciso,... né?

P4: É!

P3: Isso é... isso é muito ruim!

P2: e é louco, porque morr... isso faz com que o grupo morra também e eles fiquem desatento, né?

P4: É!

P2: ... Então... e aí eu fico botando... a... né?... E aí, isso que cê tá falando... é... é... muito que a gente faz, a gente vai no mecânico. E aí a gente deixa o afeto, deixa a questão da... da... da terapêutica que vai realmente causar um resultado maior...

P3: Eu vou muito! Eu falo até por mim... eu vou super no mecânico... super mecânico! Raras vezes eu me pego, né, assim... raras vezes eu sento ali na mesa do ladinho de fora, que é uma parte que a P5 faz muito... que eu acho que CAPS tem muito a ver com isso também, né... que aí não é questão de grupo é uma questão da relação que você estabelece.

P4: É! É!

P4: Uhum!

P3: ... Raras são as vezes que eu tô ali que... que eu... jogo uma conversa fora, vamos dizer assim. Saio do papel... profissional, né? E quando começa a entrar no papel profissional, às vezes eu dou uma fugidinha, porque daí começa a querer falar de doença ou de remédio, que eu não... que eu não

acho que é o que cabe na ambiência, né? Eu falo: "oh, depois a gente fala sobre isso"...né? Ou então: "Mais tarde, mais tarde..." né? Ai mais tarde a gente fala no privado. É... mas assim... eu acho que a gente precisa também disso, sabe, dessa presença afetiva, né? Eu acho que isso faz uma tremenda diferença pra... pra eles, né, assim... pra agregar a eles, aqui no cuidado, né?

Fernanda: E como é que é isso, desse trabalho mecânico, de sair do trabalho, sair do profissional quando tá na ambiência...?

P3: No meu caso particular? (*riso*)

Fernanda: ... de vocês.

P3: É... no meu caso particular assim, né... o... o... eu acho que o psiquiatra ele tá muito... é... coloc... CAPS... Nossa! Eu tava até lendo uma resolução do Conselho Federal de Medicina falando da... da... do CAPS sem psiquiatras, tal... e aí eu tava assim, me retorcendo muito... Eu tava até contando pra P2, que é uma resolução que tem a ver com aquilo que a gente tava falando, né, das novas modalidades que eles querem introduzir... que é a psiquiatrização da saúde mental. E aí, eu acho que o lugar do psiquiatra... as pessoas quando vê... gente!... eu tô andando aqui no corredor vindo pra cá, me param, né?... o F.C. tá atrás de alguém, né... ele não é nem meu paciente, ele era da T.... Mas é assim: "Doutora!"... né? Quando eu escuto esse "doutora", né, esse "Dr", né?... que não é assim... P3, tal, né?... Alguns pacientes me chamam de P3... eu super curto quando eles me chamam de P3 porque eu acho que aí a gente tá numa relação menos doente. Porque eu acho que esse lugar do doutora, é um lugar que é pra falar do problema e nunca é pra falar de solução do problema, né?... (*riso*)... É muito projetado pra mim essa solução de alguma coisa... e aí... que essa solução vem... óbvio, não vou negar... a gente tem que ter remédio, a gente tem que ter condição física, não sai do papel de médico... o papel de médico é meu, eu ocupo ele com tranquilidade, eu gosto desse papel, né? Mas as vezes saio também... às vezes eu tenho que ser outras coisas, mas... é... pra mim é difícil! É... me desvestir deste lugar, porque eu sou colocada neste lugar de novo, né? Então, quando eu sento ali e consigo ter uma conversa... Outro dia eu tava falando com o Sr. J. sobre sexualidade na terceira idade... a gente tava falando de outro assunto... a gente tava conversando tipo assim... passear, usar chapéu, ir no baile, como é que era antigamente, que que é mulher bonita, que que é mulher feia... E Sr. J. tava *me* paquerando... Ele é um paciente daqui, né?... Eu achei *mara*!... (*Risos*)... entendeu?... né?... talvez por causa dos cabelos brancos, né, eu achei assim muito interessante porque, isso me aproxima dele pra além do paciente, né? e... isso me permite olhar pra outras coisas que ele tem que são riquezas culturais e de vida, que não é o lugar do paciente crônico, que estava dentro do hospital, com uma demência... outra história, né? E... e isso também fortalece nele o lugar dele de sujeito, né? O sujeito que não é o sujeito doente que veio do hospital, é outra conversa. Eu acho isso bem legal!... E acho que a gente sai desse lugar... e esse... essa história que é... que é truque, né... mas é difícil isso que cê tá falando... cê tá num grupo, cê não tem um outro profissional, aí cê tem que sair do papel de coordenador de grupo, ir lá atender uma demanda, vestido do papel de enfermeira, aí cê volta, aí tem o papel do cuidad... cê pirou!... né?... nesse meio de caminho, cê já perdeu a metade do que cê tava elaborando lá...

P4: Muitas rupturas...

P5: Então... eu fico pensando um pouquinho assim... é... a gente... tem... na verdade, a gente teve algumas discussões, né, sobre os grupos dentro do CAPS e fora do CAPS...

P4: Uhum!

P5: ... e a gente tava tendo uma dificuldade até às vezes de estabelecer um PTS pra alguns usuários que não tinham condições ainda de... saídas, né?... que a gente sabe que... na medida que a gente recebe os que estão agudos, na maioria das vezes os que estão agudos, eles não conseguem sair. E por ser do CAPS... a gente... eles terem que a família trazer... às vezes o que a gente tinha pra oferecer não cabia dentro da família... bem confuso, né? Acho que entra um pouco do que a P2 tava falando, que antes acho que a equipe... não sei... tinha outras coisas... não sei... acho que alguma

coisa aconteceu. E... o que eu sinto assim, né, pensando... acho que o paciente que tá super bem, que anda sozinho no mundo, nem devia tá dentro de um CAPS, né?

P4: Uhum !

P5: ... A gente tem vários! Acho que se... não é?... acho que se tá andando no mundo, se vai pra cá, se vai pra lá, a gente tem que... dar asa!... né? A gente faz um apoio, faz um... um... um atendimento de referência se for o caso, mas não manter!... às vezes eu sinto que a gente é meio acumulador!

P3: Acumulador de paciente!! (risos)

P5: ... Eu vejo vários usuários... do meu ponto de vista tão lá, tão ótimos!... e quando não vem pro CAPS... tão bem daqui pra fora... quando chega aqui já fica de novo naquele papel, né... do adoecimento!

P4: É! É! É!

P5: ... E tem *muitos* assim!

P4: Total!

P5: ... E aí a gente fica se emprestando demais às vezes pra esse!... Aí eu fico pensando no outro que tá com uma baita de uma dificuldade até dentro do grupo do CAPS que ele não consegue ficar e ele tá ficando de lado... em detrimento do outro que já anda sozinho... que já tá na vida!... né?... Isso é uma reflexão minha.

P3: Esse outro quem seria? Esse... tipo assim... J., por exemplo? Eu queria entender quem que é esse outro.

P5: Eu fico pensando assim ó... cê tem por exemplo... né?... pode falar o nome de paciente?... (riso) ... o J.! O J. acompanha as pessoas... só que o J., ele fica perdido na grande massa... porque é lógico que quem tá melhor, é que aparece, né?... quem é mais extrovertido é que aparece...

P2: Quem grita mais!

P5: Quem grita mais!

P2: Quem exige mais!

P5: ... E ele... ele acompanha! Ah, eu conheço o J. aonde?... daquela oficina que eu faço de quarta-feira, que a gente tá fazendo uma oficina de memória e atenção, e do nada o cara... a gente tá falando... nada a ver... do nada, ele lembra de uma música, começa a batucar e o grupo todo batuca e ele aparece, sabe? Eu acho que esse é o espaço dele... e aonde ele consegue... ele consegue se colocar enquanto indivíduo, enquanto pessoa. Aí... volta o pessoal que tá em crise aguda... e às vezes a gente acaba assim, misturando muita coisa e... eu acho que a gente deveria pensar um pouquinho... não sei se eu tô conseguindo ser clara...

P4: Sim!

P5: Eu acho que a gente tem muito paciente, muito usuário que num... não devia mais tá aqui!... sabe?! Anda sozinho... e a gente, né... acompanha o cara?! Oooi?!...

P4: É!

P5: ... né?!... Aí a gente fala de Capscômio, né?

P4: É!...

P5: ... Acho que isso é Capscômio!... O fato de eu fazer uma atividade fora, não quer dizer que eu não tô fazendo um Capscômio, se eu tenho do meu lado um sujeito que já tá na vida!

P3: Mas... e trabalhar... *(pausa, silêncio)*... Ai cara!... trabalhar a dependência, né?... Porque a gente também acaba construindo no cuidado... sei lá, né?... Eu tô assim... isso aí é até uma reflexão pessoal minha, né? ...Quando é que a gente desmama a criatura, né? Assim... e aí eu tô falando isso porque assim... eu tenho uma filha jovem adulta que eu ainda não desmamei... mas assim, quando é que a gente desmama essa criatura? Quando é que a gente... quando é que a gente acredita na verdade dele enquanto um sujeito ativo... né? E aí, me passa pela cabeça aquela pessoa que... de quem a gente tava falando na última reunião clínica, né, que... que não tem uma estrutura familiar, mas tem uma autonomia, mas que ao mesmo tempo não tem essa autonomia... Esse lugar que é assim... a gente não sabe se tem ou se não tem... *(suspiro)*

P1: Será que é porque a gente ainda não construiu esses espaços entre os lugares dessas pessoas?

P4: Pois é...

P1: ... Eu fico pensando isso... porque... pra gente também... é... é... acreditar nessa autonomia a gente precisa buscar outros espaços autônomos pra essas pessoas. Talvez a gente não se veja dessa forma ou talvez a gente se veja caminhando pra esse lugar, né? Então, eu lembro que quando a gente chegou no CAPS a gente ficava com essa preocupação, né? Quando falava... é... hoje a gente mudou a questão da alta, né?... porque hoje eu vejo que a gente tá falando dar alta... Há um tempo, a gente tirou a palavra alta pra falar continuidade do cuidado que a gente achou que era muito mais... era bacana porque entendia-se por alta algo que se encerrava e continuidade do cuidado algo que era pra vida inteira. Mas... aí eu lembro que um dia eu fiquei assim: "Mas eu não posso dar alta pra essa pessoa! Não posso dar!" Aí... as pessoas me perguntavam: "Mas por que você não pode dar?" Aí eu falei: "Porque eu sei que ele vai piorar... que ele vai voltar de novo..." E aí... esse pessoal pra mim: "Mas você precisa acreditar na rede, você precisa acreditar na rede, né, e que ele vai ficar lá na rede". Mas eu acho que, quan... voltando pra um dos... dos... dos encontros que a gente já teve aqui do... do... do grupo, a gente falou muito do processo do território. Então eu acho que a gente precisa P2 fala muito disso, o tempo inteiro... acho que a gente remete a ela essa fala, que... a gente precisa estar no território porque assim... essa... essa autonomia do usuário, não é só dele... é nossa também! Porque não dá pra se acreditar em algo que não está lá.... que você não tá vendo... você tá caminhando junto. Então eu acho que hoje, em alguns processos, a gente já consegue pensar nisso. Eu, por exemplo, já tô conseguindo, dentro do S.E., receber usuários nossos. Nessa terça-feira eu já recebi pessoas que tá no CAPS, que é do S.E. e que meu projeto é que ele estejam lá comigo! E aí eu vou conseguir lá... andar... e é um espaço autônomo, é um espaço aberto, um grupo aberto, tudo aberto. Talvez é isso. Eu não sei se a gente...

P3: Cê tá falando de ocupar... a gente equipe CAPS também...

P1: Sim.

P3: ... sair do CAPS?

P1: Sim.

P4: Não, mas a gente sai do CAPS...

P3: Alta também! *(risos)*

P4: Peraí P3... a gente investe...

P3: Não... Eu saio...

P1: Acho que cada um no seu processo de trabalho P3. Acho que cada um no seu processo de trabalho. Não necessariamente eu tenha que sair...

P3: Não, não... Eu acho... que... não mas assim... de boa... eu saio. Eu fui fazer uma... eu fui...

P1: Uhum!

P3: ... eu f... cabei de ir na Ayurveda que eu levo as famílias pra... fora... levo, que dizer, estou lá... aberta... pra tá com as famílias...

P1: Sim... que é um espaço aberto... que é um espaço aberto, que é um espaço de cuidado, que tem pessoas lá extremamente adoecidas que, se você olhar lá dentro da Ayurveda, você logo enxergaria uma pessoa daquela dentro do CAPS... cê... nitidamente cê...

P3: Algumas pessoas que não estão ali como usuários CAPS, estão lá como sujeitos...

P1: ... como sujeitos, que dentro da Ayurveda começa a chorar sem parar e... e... não dá mais conta e alguém tem que sair pra... pra manejar... sai a E., às vezes sai eu, sai outra pessoa... que nitidamente você poderia ofertar : “ah, vamos para um acolhimento no CAPS?”... mas que você vê que aquele espaço tá dando conta... daquilo... entendeu?

P4: Dá conta.

P3: Sim, sim...

P1: E eu acho que é isso...

P3: Não... é... fui também na oficina de fito, na quinta-feira passada, que também... né? É...

P4: É, cê foi na oficina de ervas medicinais...

P3: Fui na oficina de fito participar, conversar, né... conversar com o pessoal que tá cuidando lá da horta, né, do espaço do viveiro de plantas... é... E aí assim... é legal, porque daí a gente também vai trocando outras... outras... outros saberes, né?... assim... lá eu tava conversando sobre cartilha... fazer cartilha com o saber de todo mundo... né?... É...ta... ta... ta... tinha um menininho... tipo um fofo de 10 anos, mas *super* entendido de planta porque a mãe, a avó... A avó e a mãe... fazem isso, sabe? Meu, encantei pelo carinha... dez... assim... sabe?

P1: 10 aninhos?

P3: É... É! Um sujeitinho pititico... acho que o máximo 12... sabe?

P1: Que legal!

P3: ... Não porque não sei o que lá... porque essa planta, não sei o que lá...

P4: Eles queriam tomar chá com você depois... “cadê ela?”... já tinha vindo pra cá...

P3: É, eu tinha paciente, é. Mas assim, é... eu... eu acho que a gente tem que sair sim... pra ocupar esse lugar... porque esse outro lugar...

P1: Uhum!

P3: ... além de um lugar de continuidade de cuidado, também é um lugar de promoção de saúde...
(pausa)

P4: É.

P1: E como a gente produz saúde nesses espaços!...

P3: ... Agora, meu... como é difícil isso... vai falar isso pros outros psiquiatras! (pausa)

(risos)

P4: A... a gerente da UBS C., falou exatamente isso, P3. Que... é... uma coisa é falar da... psiquiatra aqui, inserido no CAPS... é... uma exceção e uma outra coisa é pra você falar para o resto do grupo dos... dos... dos... até da pra falar que tem Deus e os acima de Deus: os médicos.

P3: Ai, credo!

P2: A gente pode falar também o que quer seria importante no Caps, mesmo que seja coisa material?

Fernanda: Vocês falam o que vocês quiserem...

P2: Porque eu acho que um carro... um carro... um carro...

P4: Noossa P2!!

P2: ... Que circule por aqui... Nossa!... Que possa levar a gente...

P4: Noossa!

P1: Isso mesmo!! Porque a gente vai como...

P2: ... Fazer as atividades externas...

P4: Nós já tivemos e fez a diferença.

P2: ... faz diferença dentro de um CAPS! Eu acho que um trabalho dentro de um CAPS...

P1: Nossa Senhora!!

P4: P2, você está fazendo a voz de muitos usuários!

P2: Faz muita diferença, véio!

P3: Con-cordo.

P2: ... pra gente circular... porque com os... é... somos uma equipe mínima a gente precisa...

P3: Até pra resgatar o sujeito e trazer aqui... pra um cuidado muitas vezes, né?

P1: E quantos serviços possuem veículo, né? O Conselho Tutelar possui veículo. Tem Conselhos que possui veículo... né? Ou... ou o que a gente tiver... não precisava ter um que extremamente da gente mas que a gente pudesse fazer uso dele, principalmente num... momento de urgência, né? Num momento de...

P2: E eu acho que é....

P1: ... E que é todo o dia, né? Todo dia a gente... (*risos*)

P2: E não só pra resgatar paciente só, mas assim....

P1: De rede, né?

P2: ... pra fazer os manejos...

P1: ... e acaba que sair do CAPS também existe um custo, né... que a gente não tem... é... é... ninguém banca esse custo pra nós. Eu mesmo... a gasolina aumentou bastante depois que eu comecei a fazer o grupo lá... que a gente vai... volta... e... e... é um gasto, né, gente... não tem jeito... você acaba arcando esse gasto.

P4: Mas é... a gente tá com o usuário...

P2: Isso potencializa nosso trabalho!

P7: Tem uma fala... é... na reunião de rede 4 que eu fiz... eu não sei se eu já falei aqui alguma vez. Eu tava no T.⁴² ainda, não tava nem no CAPS. É... acho que foi em janeiro do ano passado... ou retrasado. Não lembro. É... tinha alguém... tava falando assim... a gente tava falando sobre uma questão de um usuário acumulador... é... que fazia uso abusivo de crack, que tinha cinco filhos, a irmã na casa do lado tinha cin... casa, né?!... cê dava um soco assim no tijolo saia barata pela casa inteira...

P4: Nossa!

P7: É... que tinha cinco filhos... e... e... e... os cinco foram abrigados, depois foram é... é... destituídos da mãe... e aí a... uma fala de uma trabalhadora da rede foi assim: "E o que que vocês vão fazer?"

P3: Uhum...

P7: ... Aí eu falei assim pra ela... aí falei assim: "Como é que você se sente se eu soubesse também das suas deficiências de infraestrutura e cobrasse mais do que você pode?". Ela fez assim... "Vocês cobram excelência da saúde mental só que a gente nunca teve nada do que está prescrito lá na lei. A gente tem o mínimo do mínimo. Como é que vocês podem cobrar exc... como é que a rede pode ter a cara de pau de cobrar excelência de uma coisa que a gente não tem nem condição de fazer?". Aí eu falei assim: "Cês também não tem tudo que cês precisam e a gente não cobra de vocês". Ai encerrou a discussão!... (*riso*)... Encerrou a discussão assim... porque eu acho que assim:...é... se a gente fosse pensar em infraestrutura, né, quando a gente fala de RAPS, quando a gente fala de atenção psicossocial, o CAPS ele é mais um dispositivo dentro da atenção psicossocial.

P3: Uhum! Uhum!

P7: ... Ele é mais um equipamento. Ele é mais um ponto da rede que ele precisa de uma interligação com outros pontos...

P4: Sim!

P7: ... de dentro da saúde mental, mas de fora também. E eu acho que a gente vem fazendo uma discussão desde segunda feira, né, bixa?

P1: Uhum!

P7: É... de justamente a gente... percebendo essas deficiências fora e dentro... é... entendendo a necessidade do cuidado das pessoas, a gente acaba virando um goleiro dentro dessa unidade... a gente acaba virando... é... é... é... bombeiro dentro dessa unidade de acolher gente que a gente sabe não vai ser acolhido lá fora! E a gente *sabe* que não vai ser acolhido lá fora! A gente sabe! A gente sabe que o manejo vai ser truculento, que vai ser moralista, que vai ser fascista de novo... uso as palavras da semana passada e uso essa de novo... vivemos um retrocesso *absurdo* na... de... da... da lógica no cuidado das pessoas... vivemos num retrocesso absurdo que foi desvelado os fascismos agora das outras fontes da rede ou às vezes até mesmo a gente começar a pensar... que talvez fosse melhor mesmo trancar, que talvez fosse melhor mesmo deixar internado... A gente às vezes também fica em dúvida, P4. E eu acho que muitas vezes a gente fica em dúvida porque a gente sabe que ali dentro a gente não vai dar conta.

P1: Uhum!

P7: Porque às vezes não tem equipe, às vezes não tem material, às vezes a gente não tem tempo pra ter manejo, às vezes a gente não tem... Como a... a... a P3 tava falando na semana passada e já vem falando faz um tempo... é... é... tecnologias mais complexas em relação à medicação. Às vezes a gente não tem... Gente, ontem eu fui no Conselho ontem, eu apanhei que nem cachorro.

⁴² Nome de UBS, subtraído para preservação do sigilo.

P4: Foi!

P7: Eu apanhei que nem cachorro.

P3: No Conselho Municipal?

P4: Os usuários ficaram *extremamente* incomodados com aquela postura dos conselheiros. Eles estão falando muito entre eles. Já falaram até com os familiares que aquilo é completamente inadequado... como é que aquelas pessoas podem falar daquela forma...

P7: Então assim...

P4: É tudo muito estranho!

P7: É... Isso... isso também nos afeta no nosso trabalho do dia-a-dia nos grupos, na Reab ali nos atendimentos de referência, isso nos afeta inclusive de pensar nos projetos terapêuticos... não é projeto terapêutico... projeto de vida das pessoas pra fora desse serviço. Porque a gente não tem certeza se as pessoas vão ser acolhidas no território. A gente não tem... acolhido no sentido da palavra, acolhimento... não no sentido de "Ah, vou atender". E aí não é um atender do... "vou colocar na psicoterapia", não! É se as pessoas fora desta unidade vão encarar também de ser parceiros na... na... na construção do projeto de vida das pessoas... a gente não tem essa certeza!

P3: P7... P7... P7... (pausa) ... Aí eu olho pra resolução... esqueci até a porra do número... do Conselho Federal de Medicina... e ele fala lá que na legislação do CAPS... O CAPS tem um projeto, o dever de ser o organizador da rede, blá, blá, blá... e hora que ele fala... é... ele fala assim: "acolhimento: este lugar chamado acolhimento que não é um lugar de uma apropriação psíquica" e aí eles vão pro psiquiatra, entendeu? E aí ele fala que assim: "Que o único saber..."... gente, eu tô falando do Conselho Federal de Medicina! Medicina né!... médico!... é... "O único saber que deveria realmente, efetivamente determinar algumas questões, seria o saber médico"! E isso... Meu! Eu olho pra essa p...

P2: P3, foi na época da... essa palavra é... sacanagem, hein?! Essa parada não rola, desmerecendo os outros e...

P3: É. Eles...

P7: Mas nada novo embaixo do sol, né gente?

Mulher: Sim, mas aí então... mas aí assim...

P3: ... eles metem o pau nessa palavra chamada acolhimento. E aí, eu fico pensando assim, né?... A gente mal conseguiu sair do modelo médico-centrado, a gente tá... a gente tá começando a por a cara pra fora, esse é um dos poucos municípios que tem mais isso... (celular toca)... São Paulo tem algumas regiões, que tem essa paradinha, né? Acho que algumas regiões de São Paulo que são super articuladas de outras... outros manejos, outras questões, né, tipo a Brasilândia, tal. Tem umas áreas lá que são...

P2: São Top... recurso, minha parceira!

P3: São Tops! São Tops! São Tops! São Tops! São top pra caramba!

P2: ... tem recurso!

P3: Sim, mas também tem g... Isso, tem recurso, tem gente impli... É muita vontade política também de que a coisa aconteça... porque passa por aí... né? ... Aí ela falou assim: "Como é que esses caras fazem isso?" Eu falei: "Amiga, esses caras, eu não sei qual é a deles, mas é assim, eles tem representantes políticos fortes pra fazer isso. Eles estão engajados com vários representantes... Então assim... de repente, tem todo um movimento fantástico... porque pra mim fica meio fantástico, se bem que eu sei até nomear quem!... Mas, é assim... Não, médico-centrado de novo!

Esse aqui tá falido! Então, a gente tá num momento, que a gente precisa muito de fortalecer o nosso saber e o nosso lugar. Eu acho que esse lugar, ele se fortalece aí,...essa fala da P4 aí... Cê tava falando que tava levando pancada no conselho e ela falando que os usuários estão incomodados.

P4: Muito!

P3: A gente se fortalece nesse lugar, que é o lugar do cidadão... Que é pra além do... do... do técnico, né? E aí assim... que é pra além doente... é o sujeito cidadão. Que é além do J. que ficou 19 anos nánánaná!... É o cara que também faz parte de uma família, que também tem desejo, que também passeia, que também ocupa lugares públicos, que também quer poder ir e vir... né? É esse outro lugar...

P7: Porque isso é muito antimanicomial... Loucura em trânsito, né?

P3: Que isso é a saúde mental e não a doença mental, né?

P4: É.

Fernanda: Eu fiz uma proposta da gente pensar um pouquinho hoje na questão do cuidado, destacar os pontos dentro do CAPS quando o usuário tá no CAPS, né? Cê tá falando do saber médico, do saber psiquiátrico, que é o saber preponderante na nossa sociedade.

P3: Sim.

Fernanda: ... Que outros saberes existem no CAPS ou são importantes no CAPS pra pensar o cuidado, pra pensar o raciocínio, né, que a P3 citou. Que outros saberes a gente tem ou são importantes?

P4: Eu acho que todos os saberes aqui são importantes. Quando a gente fala da Terapia Comunitária, a gente tá falando num saber... é... da experiência do sujeito, de vida de qualquer pessoa ou de todos e de um saber... é... que é produzido nas academias... todos os saberes precisam ser... e aqui a gente faz isso no CAPS, o tempo todo. Acho que todo mundo é muito valorizado... a gente trabalhou muito... é... em supervisão isso. A supervisão com a E... foi... fundamental. é... a gente tem uma equipe de... de... de... enfermagem, que... olha, eu tiro o chapéu!... primorosa! E a equipe de apoio... acho que todo mundo é muito considerado e a gente escuta. Cê sabe... é...

P7: Isso que eu ia falar, P4.

P4: Nesse espaço aqui!

P7: Eu lembro... eu lembro quando o pessoal da rede preceptora veio pra cá, e... e... eles disseram pra nós, assim, quando a gente foi pra T⁴³, eles falaram assim pra gente: "A primeira turma quando voltou, disse assim: eles não tem nada lá! Eles fazem milagre com nada". Aí eu falei assim: "Como assim com nada?". Aí a gente foi ver a rede deles... meu, os caras tem uma infraestrutura animal!!

P4: Nossa! Tem muito dinheiro... ixi Maria!

P7: Eles tem uma infraestrutura animal! Tudo bem... cidade tem 40 mil habitantes... pá... não sei que lá... mas eles tem uma infraestrutura de ter todas as salas com ar condicionado, meu amor... cê tá entendendo o que eu tô te dizendo? Só que os caras eram manicomiais pra caralho do tipo... do tipo assim: "O que que os usuários, então, estão fazendo quando eles não estão acessando o CAPS porque está frio?". "Eles estão dormindo". Eu falei: "Como é que é?" "Ah eles estão dormindo"... Isso era o psicólogo lá, que veio pra cá falando... Eu falei: "Oi?! Eles estão dormindo?"... Aí a ACS lá do território falou: "Não, eles estão indo pra outro município porque aqui os trabalhos são todos sazonais". Eu falei: "Aaaah!!! Tá!!" Eu falei: "Guarda... guarda o que ela tá falando aqui, porque é

⁴³ Nome de cidade, subtraído para preservação do sigilo.

exatamente este saber que a gente precisa levar em consideração". Ao mesmo tempo que a gente precisa de infraestrutura eu ainda acho que a gente é muito valente, corajoso e quase mágico de fazer o que a gente faz sem infraestrutura. Então não é a infraestrutura que determina, mas a infraestrutura pode ajudar. Uma coisa que... é... a P4 falou, e é verdade, eu acho que é assim... Deleuze fala que o saber tem que ser isomático e não especializado. Porque o saber popular e o saber das pessoas...

P4: Caminhar junto.

P7: ... do próprio povo, da própria vida constrói relações de saúde ou de doença, de poder ou de desvalia. Então, o que que acontece? É... eu acho que o... o CAPS, ele é muito potente justamente por conta do que você falou, P4. É... é... é... a enfermagem não apoia, não só apoia não, cara, ela maneja.

P4: Maneja muito! Nooossa!... Parceiraça!

P7: ... Maneja... ela toca junto... é ela muitas das vezes que tem os vínculos com os usuários pra falar pra gente que é técnico que às vezes não ouviu a história e fazemos manejos junto... a gente tem uma equipe de apoio maravilhosa no sentido de fazer junto oficina... A gente... a gente tem uma equipe pequenininha, porém de uma potência e de uma coragem tão grande...

P4: Que se multiplica.

P7: ... de fazer junto, sabe? É... é... é... eu lembro muito quando a gente ... quanto eu ia fazer... matriciamento no... no... no NASF... é... que eu até criei o termo de visita redentora, né... que os ACSs...

P3: Visita redentora?... (*risos*)

P7: Visita redentora! Que... os ACSs viravam assim pra gente quando a gente chegava: "Cê precisa fazer visita na casa dele porque ele tá louco". Eu falei: "E você acha que eu vou fazer o que em uma visita? Vou lá... abre um ... um... clarão em cima da minha cabeça e eu curo a pessoa, né?" É, então.

P3: (*risos*)... Cê tá benzendo!

P7: Não, é... é... é cura, né?

P3: Não, eu falo pro psiquiatra que vai fazer visita, eles também esperam que faça alguns milagres... falo, lógico, vou jogar uns... vou jogar comprimidos pela janela... (*risos*)

(*risos*)

P1: Alguns não!... P3?... P3?... Alguns milagres não, todos! Alguns milagres? É todos eles! (*risos*)

P7: Todos né?!... Então assim... eu acho que, por exemplo, eu acho que a verdadeira Reab que a gente faz dentro d'um CAPS... é... é... justamente a gente conseguir entender que as pessoas não vão deixar de ser loucas, né, porque a sociedade produz loucura! Mas que elas precisam existir no mundo, que elas pr... que elas têm direitos... que ela não é só uma pessoa doente e que ela tem direito também de ser de ser louca, inclusive... né? Então, eu acho que no final das contas, eu... eu... eu não sei especificar quais os saberes necessários no sentido da academia. Eu acho que a gente... a gente... se... se... se fortalece demais de ter saber de R.⁴⁴...

P4: Sim.

⁴⁴ Funcionária do CAPS.

P7: ... que é ela que toca o C.⁴⁵ na hora de fazer os instrumentos.

P4: Mas que gente precisa caminhar junto com ...

P7: Claro. Claro.

P3: Pergunta! Pergunta pra ti, parceiro! Cê acha que essa sua fala é um saber tipo "psi" ou esse é um saber tipo "engajado em movimento"? Porque assim, de repente a sua fala pra mim...

P7: *(risos)*

P3: ... não... de boa... é um discurso do ser político, né?...

P4: É! É!

P3: ... que é pra além do ser psicólogo...

P1: Uhum!

P3: ... eu acho que isso é uma... uma apropriação sua, né? Eu acho que... que... eu acho que assim... é fundamental a gente... *(pausa)* é... é... assim... essa era uma fala da P., que ela falava pra mim que eu tinha e eu nunca achei que eu tinha... mas outro dia eu estava pensando sobre isso, né?... é... que assim... a gente adquire um saber, mas a gente divulga o saber, né? A gente não retém pra gente. Que essa multiplica... que esse compartilhamento, e essa multiplicação... que é talvez o truque do negócio, né? Tipo assim... ó qué vê... compartilhamento... essa...

P7: Ai P3, a pergunta que cê tá me fazendo... agora que eu entendi... *(risos)*

P3: A pergunta é essa: você acha que o seu discurso é um discurso psi, que é do saber psicólogo?... essa... toda essa fala sua aqui. É um discurso do psicólogo ou é o discurso do ser político?

P7: P3, não sei... ou sou militante da luta antimanicomial desde os 16. Tá colado, né?

P3: Ou seja você não era nem psi...

P1: É político...

(Risadas)

P7. Tá colado gente! Tá colado!... pra mim, tá colado... pra mim, uma coisa não se diferencia da outra não... pra mim, né?

P3: Então... né? Mas outro psi talvez não tenha essa percepção.

P7: Então P3, mas aí que tá, né? A gente...

P2: Eu acho o seguinte... eu acho que os dois são importantíssimos... a gente sabe que ele é importantíssimo... é extremamente necessário ter todos esses saberes envolvidos num CAPS, mas nós somos cobrados, parceiro, é da técnica! Então a gente não... a gente... a gente também vai ter momentos, envolvimento que a gente vai precisar também auxiliar essas pessoas muito mais na técnica do que ali ou muito mais ali e depois a técnica. Então... é... é... não podemos descaracterizar... o... a função primordial que é de botar essas pessoas no mundo e eu acho que a parte técnica ela... ela pesa mais! Não que a outra não se... não... não... não, a outra também pesa pra caramba, mas cara...

P7: São outras ferramentas né, P2?

⁴⁵ Nome de oficina.

P2: Tem, mas eu acho que a gente tá deixando de lado um pouquinho a técnica e... e... e... me... nos empoderando mais na questão da... das vivências que eu acho que também faz parte e... e... e fica frouxo! Tem coisas que fica frouxo, né? E aí eu volto pro meu início... eu sinto... eu sinto que o meu grupo, ele é um grupo frouxo. Eu sinto que eu... eu saio do grupo sugada, sem energia e que talvez eu não dê aquilo poderia ser de melhor praquele cara ali... entendeu?

Fernanda: Como é que é isso de ser frouxo?

P2: Frouxo é... não conseguir fazer uma amarração que o cara vai entendendo todo aquele processo que a gente conversou ali, entendeu, né? Parece palavras....

Fernanda: Você tá chamando... dizendo que é uma questão técnica.

P2: É. É. E eu acho que... que... dentro... que aqui dentro a gente precis... é... tá no... acho que o CAPS pra ele ser e acontecer.. uma das ferramentas mais importantes que ele tem é a questão da técnica e da terap... e de conseguir desenvolver essa parte bem, né? Eu... eu já consegui viver dentro deste CAPS este momento, mas que também este momento... deu a um momento de não conseguir sair de dentro dele. De fazer a parte mais... que a gente hoje em dia faz mais que é a saída, os vínculos, é... as rodas externas, né? I... isso eu tinha... sentia falta anteriormente e não tinha a falta da técnica. E hoje eu tenho falta da técnica, mas esses espaços... eles estão super bem contemplados. E aí eu acho que fica... como que a gente consegue chegar nesse meio do caminho? Precisa de tudo, mas... como que a gente consegue chegar?... Acho que, se a gente conseguisse colocar dois técnicos dentro de um grupo mais a parceria da enfermagem que tem diversos outros olhares, acho isso daria uma... uma potência maior. Que eu acho que é o que tá faltando pro nosso deslanchar aí...

P4: P2, cê acha que... assim... tá acontecendo assim no CAPS como um todo?

P2: Eu... eu... eu tô falan... eu tô partindo do que eu vivo... do que eu vivo... Então, assim, eu vivo dentro de uma estrutura que eu sinto que a gente não tá se amarrando muito bem, não tá amarrando a terapêutica muito bem.

P3: Ó... posso...

P2: ... E que isso faz falta pra mim, né?

P3: Posso... posso falar um negócio aqui?... que assim... você falou isso, né, tava lembrando de um momento muito potente da nossa SS, do nosso SS aqui, né, que o nosso... que foi assim... que foi um momento potente que foram oficinas internas de vários setores da... do município...

Fernanda: Nosso o quê?

P3: SS: Serviço Social... *(riso)*

P7: Serviço Social.

P3: ...né?... que um serv... que foi um momento muito potente do nosso Serviço Social que foram feitas oficinas internas aqui, trazendo serviços pra cá, que foi até uma forma de fazer essa construção de rede que a gente teve naquela época, que foi uma visualização no nosso SS... em relação a isso...

P4: O R.V.⁴⁶?

P3: ... que era o R.V.!!... que era trazer os profissionais de fora. E aí, isso foi muito bom, isso empoderou sujeitos aqui... isso foi técnico do... s... né? Foi técnico pra cacete, porque daí veio... é...

⁴⁶ Nome de oficina do CAPS.

se... Conselho Regional... é... Conselho de Referência da Mulher... veio... veio o Conselho de Referência do Idoso... veio tudo! Veio todo mundo! Eu acho que aquele momento...

P1: Uhum!

P3: ... foi o momento assim que a gente... além de rede, a gente foi técnico. Então eu acho que a gente assim... a gente... é... *(pausa)*... eu te entendo quando voc... E... eu acho que a gente precisaria de ampliar um pouco mais o... o nosso... número de profissionais, em algum momento talvez, pra poder ter essa... essa especificidade técnica mais (incompreensível), né? Eu acho assim, por exemplo, a gente tem alguns grupos específicos aqui, que são desenvolvidos por profissionais, que apesar de acontecerem fora, eles são extremamente técnicos, né?

P4: Sim, sim, eu acho que...

P3: É... eu acho que... a Roda Comunitária, pelo amor de Deus... é... a Terapia Comunitária é um assunto super técnico... Eu acho que o Sarau e o Ca.⁴⁷... o Sarau eu acho que teve um momento mais terapêutico, mas agora ele tá... um momento um pouco mais lúdico... não sei...

P4: Não! não!

P3: ... mas acho... eu não sei porque eu não tô indo no... no Sarau, eu num tô acompanhando...

P2: Mas eu não tô falando dos grupo em si não gente, eu tô falando do... do... da questão de se sentir só, né? Na questão terapêutica de se sentir só.

P4: Eu tô entendendo o que você tá falando...

P2: É o movimento de você tá com 50 nego e... e fazer o manejo de 50 nego.

P4: Ela tá falando...

P2: E aí... perde! perde!... tanto quem tá fazendo, quanto quem tá recebendo e a galera dispersa. É nesse tipo que eu tô falando, entendeu? Tô falando do P7 com duzent... com... sei lá... tem um monte também né?

P7: Trinta.

P2: E... e aí eu acho que é assim... como a gente tem a equipe mínima aí... isto é da portaria, né?... ter uma equipe mínima... fica um pouco complicado... né? Fica um pouco complicado. E outra coisa que ainda complica mais é que a galera gosta de números. E muitas vezes eu posso tá com um paciente só... um... atender um paciente só durante as seis horas e isso ser visto como se... ah, tá tudo bem pra você...

P7: Contendo uma crise...

P3: Um! É um né? É um né? Um.

P2: ... mas cê atendeu só um... pra que que eu vou botar mais enfermeiro lá porque cê atendeu... pô, cê atendeu... sabe?

P3: Um em crise, né? Ninguém vê que é um em crise, né?

P1: Me explica melhor isso aí, cara. Eu tô...

P2: É que você não pegou a primeira fala...

P1: Ah!

⁴⁷ Nome de oficina.

P2: ... a primeira fala que eu fa... que eu disse... que assim... que... é... o qual... o que seria o primordial pra um cuidado dentro do CAPS, né? O que seria? Pra mim, o primordial, né, é a gente conseguir de certa forma estar mais alinhado, estar juntos pra fazer algumas conduções porque se não o paciente perde. Perde, porque a gente se enfoca em outras coisas e não consegue dar 100% daquilo que ele necessita, né?

P1: Uhum! Entendi! Sim, sim, sim.

P2: ... E aí... por eu ter já vivido dois extremos, né, con... consigo perceber que... do meu ponto de vista, que ter dois mais a equipe de auxiliar, facilita muito o manejo, facilita a angústia e... e... e... a gente consegue dar um cuidado melhor a ele... só nesse sentido. Entendeu?

P1: Entendi! Entendi! É que eu perdi uma parte dessa questão, porque daí quando você fala...

P2: É só isso que eu digo, gente, porque assim, gente, a pergunta nasceu de... o que seria importante.

P4: Super importante!

P2: Pra mim o que seria importante é a gente conseguir ter braços e pernas pra fazer uma condução melhor.

Fernanda: Mas a questão do... dessa... né... dessa questão técnica, de técnico é... diz respeito então ao RH, quantidade de pessoas, projeto...

P2: Não digo só isso não Fernanda... não digo só isso... talvez até como que a gente consegue se... se organizar. Se... tá bom?... será que a gente tá conseguindo ter... o pensar é esse será que a gente tá... do jeito a gente maneja e conduz é sufic... a gente se sente suficiente e acredita que tá dando um processo de cuidado bacana?... né? E... e... e... eu acho que não, né? É nesse sentido. Agora, se... se... pode ser que se... pode ser que venha mais técnicos e... não consiga ter o que tem... pode ser que com... mais... não é isso. Precisa disso pra ter isso, porque se não a gente fica muito no: "Ah, a gente só não faz porque não tem." Não é... não é...

P7: A gente continua fazendo...

P2: ... É. É. É uma questão mais de... como fazer, né? É se... se com esse plantel será que a gente consegue de certa forma con... modificar?

P3: Plantel... Plantel você falou: com esse plantel... Plantel é pra animal, filha! (*risos*)... é equipe... (*risos*)

P2: Não, tudo bem, mas assim... somos em três? Somos em quatro? Aos poucos a gente foi dizendo que num dava, né? Porque a gente sempre foi em poucos.

P4: É!... Sempre! Sempre!

P2: ... A gente sempre foi em poucos.

P1: Sim! Sim! E tinha gerência entre a gente...

P4: E sempre fez muito com pouco.

P5: Então, mas eu penso que teve uma diferença...

P1: Acho que agora a gente tá menos ainda...

P5: ... É que na época... é que na época acho que cê tava... tinha dois... nós tínhamos menos... bem menos atribuições.

P4: É...

P5: A gente não fazia trabalho no território.

P4: Não... externo. A gente não tinha a reunião de rede...

P5: A gente não tinha que fazer matriciamento, a gente não tinha que ficar catando o povo de lá...

P4: É, não.

P2: A gente era fechado...

P4: Era um CAPS fechado.

P2: A gente era fechado....

P5: É. Então assim, a gente dava conta daquilo que tinha. Agora foi aumentando. E o que eu percebo é que vai aumentando cada vez mais as nossas atribuições, né?... e aí realmente a gente sente essa sobrecarga.

P2: E que de fato faz parte a gente ter que sair, esse todo processo é primordial...

P5: E faz parte. Só que assim... mas de repente... veja bem... é... vamos pegar um exemplo simples... amanhã... amanhã de manhã... Opa... Vai ter festa de aniversariantes, vai ter reunião de... de...

P4: da RAPS.

P5: ... da RAPS e vai ter mais alguma coisa e três pessoas, uma aqui, outra ali, outro lá e...?

P1: E tem um que vai pro médico... (*risos*)

P5: ... né? Então assim... é... e... e... às vezes eu noto que não pode acontecer absolutamente nada da nossa vida pessoal... né? Quando a gente foi apresentar a RAPS no núcleo de violência eu fiquei *super* mal porque o filho da P1 tava adoecido... ela largou o filho adoecido pra eu não ir sozinha! Eu fiquei super mal com essa história, percebe? Então... nem na nossa vida pessoal pode acontecer nada. Amanhã... que a minha cachorrinha fique bem porque se ela não tiver legal, ela vai ter que ficar sozinha porque eu vou ter que vir aqui porque é dia do meu grupo e não vai ter quem ajude, quem faça.

P7: A gente...

P1: É, antes a gente tava organizado de uma outra forma, que... aconteceu o carro quebrou... tinha como... hoje...

P2: É, é isso, é... aumentou... a gente... a gente... a gente usa muito... o nosso olhar... ele mudou pra... bom... pra bom... porque acho que a gente...

P5: Que a gente acredita...

P2: ... que a gente acredita...

P5: ... mas só que chega uma hora que a gente percebe que não tem pernas nem braços... pra tudo isso...

P1: Mas as pernas num...

P3: Eu não tô tanto no território... é... dentro da UBS ou talvez num setor mais territorialidade... Eu tô muito ligada ao... ao Centro Comunitário ainda, né? Poxa, eu acho que pra um psiquiatra sair até o centro comunitário até que tá bom, né, gente?

P1: Uhum!

P4: Tá bom, lógico.

P3: Ai assim, né... eu posso ampliar um pouco em algum momento, mas ainda não chegou essa minha hora aqui. É... até assim... às vezes eu sinto falta de me reunir com meus outros colegas e ver o que eles pensam... a gente conversa um pouquinho pelo WhatsApp, mas não... né?... não vira...

P4: *(riso)*

P3: ... E aí assim... é... o F.⁴⁸... eu sei que é um cara que é até super articulado também...

P4: Sim, o F. é.

P3: ... que é um cara que também tem condições de fazer muita coisa. A T., é uma pessoa articulada, mas nós támo falando de caras que tão no CAPS, né?

P4: Sim. Das exceções.

P3: ... Eu não sei se são exceções. Aí assim... é... me vem na cabeça a palavra multiplicação do saber, né? Então assim... eu acho que a P1 não faz o grupo só... lá no território dela.

P1: Não, não...

P3: ... ela faz com um outro protagonista...

P1: ... com o pessoal do CAPS AD.

P3: ... É, mas também faz com outro protagonista que é do local.

P1: É... e com a unidade.... com a unidade.

P3: ... isso, né? Então eu acho que a gente... a gente tá construindo tentáculos, né?... assim... braço e perna a gente não tem mesmo, mas a gente tá esticando... né?... é... e aí... é... não sei né?... às vezes eu escuto vocês falando, eu também tenho um pouco essa frustração, né, que a gente é cobrado lá do outro lado e o sujeito do outro lado não... não... não se apropria... junto com a gente desse manejo, desse saber, né? E aí você não... você tem que estar porque se você não estiver o sujeito lá não banca o fazer.

P2: Eu tô vivendo neste momento isso!

P3: Então fala... Então isso... isso... eu fico assim...

P2: Não... eu não tenho o quer falar... mas assim... é... é... viver isso é... é... você precisa estar lá pras coisas acontecerem, quando você recua um pouquinho parece que os cabelos se arrancam, né, então... *(risos)*... é...

P4: Noooossaaa!

P3: Os cabelos se arrancam... *(riso)*... é ótimo!

P1: As pessoas são...?

P2: ... as pessoas... né?... e... e... tudo bem, tudo bem. Como que a gente também faz pra conseguir deixar com que eles façam e a gente possa recompor... porque o negócio continua, né?... fervendo a todo vapor! E aí também chega o momento que ir... você também não quer mais... porque você tem que ser, cê vai ser... né...

⁴⁸ Psiquiatra.

P3: Linchada.

P2: ... o pilar, né?... cê vai ser o pilar, né?... cê vira o pilar lá e o pilar aqui, né?

P7: Isso não é matriciamento.

Mulher: hã?

P7: Isso não é matriciamento.

P2: Isso não é!... Isso que eu dei uma recuada... porque eu já tava sentindo que o bagulho não tava... não tava sendo conduzido da mesma maneira.

P7: E... e... eu... eu acho... Eu acho que assim... tem uma coisa que a questão é a seguinte... é... que a outra fala também que eu bato o tempo todo... fora... é... e... e... eu não... não é que eu não me sinto à vontade, mas eu não sei se a gente precisa bater tanto aqui dentro... do CAPS. Não existe alinhamento do olhar! Ponto.

P2: Não existe o que?

P7: Não existe um alinhamento de olhar do momento de cuidado que as pessoas querem fazer... na vida... das pessoas. Na reunião de rede isso é fala diária, na UBS isso era fala... fala diária. Aqui no CAPS eu não... eu não sinto essa necessidade de ter essa fala, porque eu acho que a gente é muito mais alinhado do que muitos outros equipamentos, muitos outros colegas da rede... e isso eu acho que é um trunfo nosso. Existem algumas... algumas diferenças, talvez de como manejar, de como construir talvez a terapêutica... é... mas eu acho que existe um... um alinhamento um pouco maior do olhar e do modelo de cuidar que a gente preconiza dentro desse serviço. Que bom! É... Mas eu acho que tem uma questão que é a seguinte... ontem lá na reunião do Conselho, teve um dado que era... ontem foi a prestação de contas do segundo quadrimestre... e aí eu pedi destaque no... no... no... no número de notificações de violência e no primeiro quadrimestre que foi de janeiro a maio, teve... 175. Eu não vou lembrar direito o número, tá gente, e aí no segundo quadrimestre teve tipo... 70! Aí todo mundo: "Nossa caiu o número de notificações." Aí eu falei: "Gente, destaque." Falei: "Não é que o número de casos de violência caiu, as pessoas voltaram a não... a não notificar". Por que estavam notificando no começo do mês de... no primeiro quadrimestre? Porque a capacitação do núcleo de violências sobre a... a... a ficha de notificação compulsória intersetorial tinha acabado de rolar. Então assim, eu acho que no final das contas eu fico feliz porque a gente se apropria, enquanto CAPS, nós equipe... não só a equipe técnica... mas eu acho que a gente vai ao longo do tempo se apropriando dos saberes, como por exemplo da gente hoje, alinhadamente todo mundo entender que o matriciamento faz parte da nossa atribuição. Isso é pesado, a gente talvez não tenha pernas, mas não é uma coisa que você vê as pessoas falando: "Ah, não vou fazer, não vejo sentido". Não, a gente vê sentido. Então, eu... eu... eu acredito que... assim... fico feliz em trabalhar nesse serviço porque a gente vai se apropriando... do saber. A gente... a gente não joga a formação fora, né?... (riso)... Porque é isso, porra... cê fez uma capacitação... cê fez uma capacitação no final do ano de 2016, o que gerou 175 notificações no primeiro quadrimestre fala: "Po, deu certo... a capacitação deu certo... a formação lá da ficha"... No segundo com 70, você fala: "as pessoas se esqueceram"... né? É... elas simplesmente deletaram essa apr... Não se apropriam do próprio processo de trabalho, né? É... eu não acho que a gente faça isso. Eu acho que a gente tem um tempo, como todo mundo, de conseguir ir se apropriando do que é difícil, porque matriciar não é fácil não! Tá no território, não é fácil não! Eu mesmo demorei um ano pra entender o que é a reunião de rede... sendo que eu formei a reunião de rede, né?... Eu tive a sorte de tá na primeira reunião de rede, né? Cheguei... caí de paraquedas aqui no município... já tava na reunião de rede, né? Então assim... é... eu acho, de verdade, que essa equipe é potente no sentido de que a gente... é... é... a gente encara... a... a... a... os desafios, né? É... mas é impossível a gente não olhar... não tô dizendo que a gente é perfeito, pelo contrário, não acho que a gente seja perfeito e nem nunca vai ser... é... porque a construção de um modelo de atenção psicossocial é transformação o tempo todo... Mas eu acho que existem outros entraves externos que entevam nós internamente, né? Eu acho que existem entraves externos

também da gente levantar uma bandeira de modelo de cuidado que a gente observa com muita dificuldade fora dos espaços, talvez de dentro do CAPS, dentro da RAPS.

Fernanda: Me parece que cê vai apontando... e acho que vocês foram fazendo isso ao longo desse processo de algumas dificuldades, né, desse trabalho no território, né? O trabalho no território aparece com bastante intensidade, de como é importante no CAPS, mas também muito difícil, né?

P4: É, nossa!

Fernanda: ... Um dia cobrança... no outro, né... cê tem que responder que não tem todos recursos, a infraestrutura suficiente pra dar conta e aí ficar com essa proposta de visita redentora, né...

(risos)

Fernanda: ... de... do CAPS então num lugar de herói que daria conta de tudo e qualquer coisa.

P4: É.

Fernanda: ... que é um lugar bastante delicado!

P7: Que é impossível da gente conseguir.

Fernanda: ... Pois é. É... tem questões aí pra pensar, pra se trabalhar, né?... acho que aqui vocês vão, me parece, né... a gente tá nesse processo... esse... esses encontros... a gente tá encerrando, mas me parece que... que surgem aqui perspectivas pra gente pensar, né... pra continuar nessa construção, né? Cês vão falando então de uma... uma aposta muito grande, um investimento muito grande no trabalho do território... cês vão falando também da dificuldade muito grande de trabalhar no território, que se não tá lá, não vai... que é a mesma coisa, me parece, essa questão do... das notificações de situações de violência, né?... fazer uma capacitação gera um resultado imediato, mas em seguida, isso precisa, né... de tá mais fomentado, tá mais investido... então parece que isso vai surgindo com... com bastante frequência, né?... essa fala da potência do território e ao mesmo tempo da dificuldade. E parece que surgiu uma questão tecnicamente dentro do CAPS, né, de... du... desses dois processos serem importantes, acho que a P2 falou muito disso... tem algo tecnicamente em como fazer que fica com peso um pouco delicado, um pouco falho nesse momento e questão de recurso, né?... que... questão de pessoal, do carro, de outras infraestruturas aí que a gente precisaria ter, né? Parece que ficam aí algumas perspectivas pra se pensar no futuro, na proposta do CAPS daqui pra frente.

P3: Farma...

P1: Uhum!

Fernanda: Você falou P3?

P3: Não, eu tava pensando num técnico de farmácia, né?... assim...

P7: Técnico...

P3: ... É... uma farmácia ligada ao CAPS... por exemplo, a gente tem... dentro das funções técnicas, né... a gente tem uma enfermeira, por exemplo ...

P2: Que vira farmacêutica!... (riso)

P3: ... que vira farmacêutica, né?

P4: É!... (risos)

P3: ... que aí assim... é... (risadas)... não é... meu, e é importante... é um lugar que é um cuidado técnico, né? E aí assim... como é que a gente compartilha...

P2: ... Clorpromazina... *(risos)*

P3: O que?

P2: Desculpa, é brincadeira... tá... Clorpromazina! *(risos)*

P3: Clorpromazina!... *(riso)*... E aí assim... é... do ponto de vista da técnica dentro do CAPS, eu me sinto super tranquila, né, assim... eu acho que assim... eu tenho uma super assessoria no meu cuidado específico, né? Assim... eu consigo cuidar do meu paciente sabendo que eu tenho uma equipe maravilhosa que tá cuidando junto...

P7: Você tem uma sorte P3!

P3: Tenho uma soooooorrte, caaaara!

P7: Você tem uma sorte P3!

P2: *(para Fernanda)*... Esse pedacinho cê manda pra nós depois?

P1: Manda que a gente vai instalar...

P7: Manda que a gente vai colocar uma ouvidoria... Grava a fala da P3 e a gente coloca uma ouvidoria!... De elogio! De elogio!... *(risos)*

P1: A gente vai por no Pen-drive e vai por no som...

P2: Na hora que a gente tiver em reunião... brigando com a gente, a gente coloca!

(muitas risadas)

P1: Dá uma paradinha, a gente desliga... começou de novo, a gente liga.

P3: Mas... mas gente, mas eu brigo, mas eu brigo porque.. eu brigo porque eu vou brigar o resto da minha vida... Isso sou eu, né? Isso sou eu, gente! Cês sabem... cês sabem que eu sou briguenta...

P2: Mas eu quero esse pedacinho!

(risadas)

P3: ... mas eu amo voc... Não, mas eu tenho... eu tenho uma equipe téc... gente, de boa... eu acho assim... é... principalmente... aí eu vou puxar bem o saco mesmo... e acho que tem que puxar, porque trabalha mais perto de mim... em muitos aspectos, em muitos momentos... enfermagem, né?... porque assim ...

P2: Puta que o pariu, cara!!

(Muitas risadas)

P1: Vamo precisar de dois Pen-drives!

(risadas)

P3: Não gente... é assim... eu acho que é assim... eu acho que o trabalho médico específico, ele não se complementa sem o trabalho do enfermeiro específico, não tem jeito. Não dá pra um médico prescrever um remédio e não ter ninguém pra aplicar, né? Isso pra mim é... fundamental. Também não dá pra... pra vai emitir as receitas e não ter um colega que me ajude a adquirir essa medicação de algum lugar, né? E aí que eu falo da presença do técnico de farmácia, porque assim, né, nesse momento minha técnica de farmácia ... *(risos)*... é a P6, né?

P2: ... de vez em quando... *(risos)*

(risadas)

Fernanda: Bom gente, tamo encerrando esse grupo...

P2: Isso.

Fernanda: ... esses encontros, né? Queria saber... de repente... se quiserem falar como é que foi pra vocês...

P5: Eu achei importante, né, porque nessa correria do dia-a-dia a gente acaba não tendo muito tempo pra discutir essas questões. A gente fica o tempo todo só falando do usuário, o que a gente pode fazer... do usuário, do território, essas coisas...

P1: Uhum!

P5: ... e foi um... um... um espaço que nós tivemos pra refletir sobre a nossa prática, sobre o nosso dia-a-dia, né, os nossos manejos, o que a gente poderia fazer melhor, ouvir o colega... então dá muito subsídio pra gente ficar pensando em outras coisas... pra melhorar... eu acho que foi um espaço... e a P4 até tinha falado hoje, né? Eu acho uma pena que tá terminando a gente podia ter talvez um espaço pra esse tipo de discussão, né... que a gente tem espaço de reunião de equipe e reunião geral administrativa pra discutir outras coisas, né?... mas...

P4: Que não é tão importante quanto o que a gente tem feito aqui.

P5: Sim. É. Isso é importante diretamente para o cuidado com nosso usuário... E até é uma maneira de cuidado com a gente, né?

P4: É.

P5: ... nos alimenta isso!

P7: Tudo é importante! Tudo é importante!

P1: Uhum!

P7: Tudo é importante! ... E... e... e... K.⁴⁹ não tava, né?

P4: Infelizmente!

P7: K. não tava. E K. contribuiu tanto... contribuiu tanto pra gente! Tem um olhar tão... tão apurado, tão afetivo também, né?

P2: Cê tá bem, né?!... que cê tá fazendo uns grupo com a K.!!

P7: Nós da equipe da manhã sem TO... Deus tá vendo isso aí, viu?!... (risos)

P4: Mas ué... mas a gente não precisa ficar aqui dentro do CAPS... a gente constrói possibilidades... manhã e tarde... o resto...

P2: De manhã é salve-se quem puder... cada um num lugar... diferente

P7: A gente... a gente se ajeita, vai?

P2: Não, a gente se ajeita...

P7: A gente se ajeita, véio!

⁴⁹ Profissional que não participou dos grupos devido período de férias.

P2: ... mas um tá entocado ali... outro tá entocado ali... outro tá entocado ali... outro tá entocado ali... (risos)

P7: A gente se ajeita... tá fora, mas a gente se ajeita.

Fernanda: Então tá bom...

P2: A gente sabe que é só gritar, né?... (risos)

P7: É.

Fernanda: ... Alguém mais quer falar?

P2: Não, não.

P3: Eu acho que com... nessa fala da P5... uma supervisão talvez, né? Uma supervisão institucional, sei lá...

P1: É faz tempo que a gente não faz...

P3: ... pra gente repensar um pouco a nossa prática também, né?

P1: ... faz cinco, seis anos.

P3: Faz 6 anos já que a gente fez supervisão? Cace...

P4: Na Terapia Comunitária, a gente...

P3: ... Nem lembrava disso...

P4: P3, ó... shhiiii!

P3: ... que fazia todo esse tempo... parece que foi ontem... tão... tão forte que foi esse processo.

P7: Não, e até hoje, né? Eu acho que produz frutos até hoje.

P5: Sim, sim, sim.

P7: Pra nós e pra rede.

P4: E a gente tá falando de supervisão com a E., mas a gente teve supervisão com a R. aí na RAPS... não... não o CAPS, mas com a... de uma forma meio truncada porque ela teve que sair... ela tinha um tratamento...

P7: Fl. nas reunião de rede também, né?

P4: Fl. nas reunião de rede!... mas a gente tem uma coisa na Terapia Comunitária, a gente chama de intervisão, né?... um outro caminho... bem dentro desse processo da Terapia Comunitária, que não precisa vir alguém de fora...

P1: É, falaram isso.

P4: ... é o que a gente fez...

P1: É o que a gente fez.

P4: ... essa disponibilidade... claro que precisa... pode sim vir alguém de fora, com um olhar antropológico aí, né? Mas, é... a gente pode fazer isso de um outra forma... de rever a nossa prática... nós fizemos isso. Eu acho que a gente precisa dar continuidade... não sei em que espaço,

eu não sei se dentro desse formato... Eu adorei na quarta feira... eu sempre chego meio atrasada, mas cumpre o objetivo...

P3: Nossa! Eu tô com paciente esperando!

P4: ... pensando... bastante... pensando... até coisas que a gente foi construindo com a Associação⁵⁰... foi muito pro conteú... quando a P3 fala dessa questão do lugar da família aqui, como fica difícil... Foi no primeiro grupo que a gente fez. E aí assim, a gente fez um... um link com a Associação e já fizemos essa proposta de ter os familiares... foi muito por conta do que aconteceu aqui. Eu não teria feito essa reflexão nos outros espaços que a gente tem... acho que foi aqui.

P3: É, por exemplo, levar os familiares lá pra oficina no Centro Comunitário, também foi uma coisa que... que assim... e alguns vão direto agora, nem vem mais pra cá. Eles vão lá fazer o cuidado deles lá.

P3: ... também é uma forma de construir cuidado...

P3: ... Isso!

P4: Mas assim, esse espaço da Associação aqui... da... da... da...

P3: Um outro equipamento que chega e... é!... é!... sei lá...

P4: ... Mas eu acho que se a gente não tivesse conversado ness... a gente não teria... ó... foram três conversas? Foi na primeira!

P3: Quatro conversas.

P4: Três. Três.

P3: Três?

P1: Três.

P3: Nossa!

P4: A sensação é de que é mais!

P3: Sensação de que produziu mais...

P1: É!

P4: Porque a gente tá falando de coisas de uma outra forma... de verdade... do que... na TC a gente fala: “vamo direto pro bombom? Vamo sair da...”... é um termo até que o Adalberto fala... “vamo direto ao ponto, na essência... às vezes a gente tá... rodeia demais... fica no... no... no... no... no papelzinho de presente... vamo direto no bombom, no ponto...

(Risos contidos que vão dando lugar a risadas e por fim a gargalhadas)

P4: Nossos colegas psiquiatras...

(gargalhadas)

P3: Cara... não...

P7: Cara, você é um lixo, véio!

P3: Nós somos todos!

⁵⁰ Nome da Associação subtraído para preservação do sigilo.

P2: Não falei nada, tô quieta!

Fernanda: Não falou nada?

P3: Por favor, desliga esse treco...

P2: Encerra, encerra, encerra.

Fernanda: Bom, de qualquer maneira, eu queria propor pra vocês da gente se encontrar mais uma vez mais pra frente pra eu poder dar uma devolutiva pra vocês dessa conversa...

P7: Quando você vai defender?

Fernanda: Fevereiro... Março!

P7: Nós vamos de bumbo, de bandeirão... vuvuzela...

P3: Bumbo é ótimo, né?

P7: ... fazer uma putaria lá...

(risos)

P3: Daí fecha a porta, passa a chave: "Vai chegar um povo aí... não deixa entrar!"

Fernanda: Mas antes da defesa, da gente poder ter um espaço aqui também...

P2: Porque dependendo do que tu fala, tu vai sofrer com nós, hein?! *(risos)*

(risos que se delongam)

Fernanda: ... Tá bom? Então a proposta... a gente conversa pra combinar... mas da gente ter um outro momento, pra gente... pra eu contar um pouquinho pra vocês e a gente conversar mais um pouco, tá bom?

(Acenam, concordando)

Fernanda: Obrigada pela participação!

P3: Obrigada você!