

## Relato de Experiência

# Cenários de restrição e formas de (r) existência no campo da saúde mental: um relato de experiência

## Restriction scenarios and forms of (r) existence in the field of mental health: an experience report

Joyce Brito Araújo<sup>1</sup>   
 Marilene de Castilho Sá<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Autora para correspondência. Estudo Dirigido Psi (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. joycebaraujo@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. marilene@ensp.fiocruz.br

**RESUMO** | Este artigo tem como objetivo explorar os limites e possibilidades de atuação de um serviço ambulatorial público de saúde mental que possui um modelo assistencial e características organizacionais não previstos no desenho preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que atravessava à época da pesquisa um (in)tenso cenário político, simultaneamente produto e produtor de um processo de precarização e sucateamento da rede de saúde municipal. Este fator foi disparador do levante à época, promovido pelo Fórum de Trabalhadores de Saúde Mental. Tem-se como base a construção e narrativa do cenário e das relações estabelecidas entre os atores que o compunham, tanto neste serviço, quanto na relação deste com outros dispositivos, a gestão e o fórum de trabalhadores, para conseguir expressar a articulação psicossocial existente e necessária. Além de traduzir/contar sobre o serviço e o trabalho realizado, estabelecendo pontes entre o individual/singular, o coletivo e o institucional. Realizou-se uma aposta metodológica com base na psicossociologia de base psicanalítica. Os principais resultados são quatro elementos emergentes de análise: processos grupais e intersubjetivos; vínculo e reconhecimento; crise e sofrimentos nas instituições; e criatividade. Forças destrutivas se manifestaram de forma contundente com a substituição em massa dos trabalhadores, a asfixia da rede pela falta de insumos / recursos gerais e pela dificuldade de parte dos trabalhadores criarem um lugar novo para si. Constatou-se que apesar do cenário, a singularidade do serviço permitiu a produção de práticas cuidadoras cuja pertinência de manutenção na rede deve ser melhor avaliada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Inovação. Narrativa. Psicanálise - Instituições. Resistência. Saúde Mental.

**ABSTRACT** | This article aims to explore the limits and possibilities of performance of a public mental health service that has an assistant profile different from that established by Psychosocial Care Network regulations, and that was going through an intense political scenario of precariousness and scrapping of the health network at the time of the research — triggering the uprising of the Mental Health Workers Forum in the municipality, which forms an important element in the research. It is based on the construction and narrative of the scenario, on the relationships established between the actors that composed it, both in the service in question, and in its relationship with other devices, the management, and the workers' forum, so that they can express the existing and necessary psychosocial articulation, besides interpreting/telling about the service and the work done there, establishing bridges between the individual/singular, the group, and the institutional. A methodological bet was made based on psychoanalytical psychosociology. The main results are four emerging elements of analysis: group and intersubjective processes; alliance, and recognition; crisis, and suffering in institutions; creativity; and wholeness. Destructive forces have taken place with the mass replacement of workers, the choke of the network due to lack of inputs/resources in general, and by the difficulty on the part of workers to create a new place for themselves. It has been found that despite the scenario, the uniqueness of the service allowed the production of caregiving practices whose maintenance relevance in the network should have a better evaluation.

**KEYWORDS:** Innovation. Narrative. Mental Health. Psychoanalysis - Institutions. Resistance.

## Introdução

Este artigo tem como objetivo explorar os limites e possibilidades de atuação de um serviço ambulatorial público de saúde mental que possui um modelo assistencial e características organizacionais não previstos no desenho preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O ambulatório atravessava, no ano de 2015, um (in)tenso cenário político, simultaneamente produto e produtor de um processo de precarização e sucateamento da rede de saúde municipal. Este fator foi disparador do levante à época, promovido pelo Fórum de Trabalhadores de Saúde Mental.

A situação em questão, com suas especificidades, traz à reflexão condicionantes que têm marcado a saúde mental no país, remetendo tanto a uma experiência de caráter inovador como a questões estruturais do sistema. Tal fato nos instiga a investigação.

A metodologia apoia-se na construção de uma narrativa da experiência profissional da primeira autora no serviço em questão. São utilizados como elementos de análise memórias e reflexões posteriormente desenvolvidas, já como pesquisadora, acerca das práticas assistenciais e da dinâmica do serviço ao longo de 2015, período em que atuou como psicóloga neste ambulatório. Essas memórias selecionadas foram reconstruídas a partir de um movimento atento e sensível de rememoração, com algum distanciamento, exigido pelos caminhos da investigação científica, articulado à implicação com a clínica em saúde mental. Apoiam, igualmente, este processo de rememoração/construção da narrativa as questões de pesquisa e a orientação acadêmica da pesquisa, iluminando quais fatores selecionar e como abordá-los.

Este percurso nos levou a quatro elementos emergentes de análise - vínculo e reconhecimento; processos grupais e intersubjetivos; criatividade; e crise. Tais elementos, em grande medida, dialogam com o debate trazido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a forma como se compreende o cuidado neste campo de atenção psicossocial e com as referências da psicossociologia, teoria de base neste estudo.

Como nosso objeto de pesquisa está atravessado por um olhar em que as relações transferenciais e as questões inconscientes estão em jogo, escolhemos por método estabelecer um diálogo com a análise clínica qualitativa (Turato, 2003) como suporte para a

seleção do material, a forma de condução da análise deste e a discussão. O caráter autobiográfico desta pesquisa, exigiu irmos até a abordagem das Narrativas (Ricoeur, 1997; Onocko & Furtado, 2008) para formulação do material empírico. A Psicossociologia de base analítica (Kaës, 1982; Giust-Desprairie, 2001) auxiliou a iluminar os pontos necessários das questões que surgem relativas à articulação psicossocial no cenário das práticas descrito.

É fundamental, para aproximação e apreensão deste estudo, o ponto de partida que o embasa teoricamente, fundamentado em importantes pesquisadores da área da saúde (Turato, 2003; Emerich, 2017), que partem da premissa de que o pesquisador não é neutro e nem exterior ao objeto pesquisado, dando ênfase à produção de conhecimento a partir da experiência. Outro fator-base para este debate está em tomar a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo em curso e não como um movimento pontual e temporal, pois demanda a construção diária de novos modos de estar diante da pessoa em sofrimento psíquico, instituindo, no campo da Saúde Mental, práticas inovadoras de cuidado, como, por exemplo, as ações de desinstitucionalização e de inclusão social.

O termo inovador é utilizado por alguns autores, no âmbito da saúde em geral e no da saúde mental em particular (Cecílio, 2012; Amarante, 2015), para designar práticas abertas à singularidade do adoecer e do sofrimento humanos, capazes de abrir espaço para a criatividade dos profissionais nos modos de cuidar dos intensos sofrimentos, de manifestação e origem singulares, vividos pelos usuários dos serviços de saúde. Nesse debate adicionamos um fator que exige a abertura à criatividade e à inovação: o contexto de restrição e retrocesso, sejam eles normativos, estruturais, financeiros, políticos ou mesmo que agrupe parcialmente todos eles - como o caso do objeto aqui analisado, reforçando a importância dos processos criativos para as possibilidades de resistência.

Para lidar com tais singularidades próprias a cada serviço e com a realidade do modelo de atenção preconizado pela Reforma estruturou-se uma rede de cuidados centrada no território, reconhecido como espaço de trabalho e de construção, de interlocução e interação dos serviços e pessoas, de diálogo entre saber acadêmico e saber popular (Brasil, 2011). Amarante (2015) nos lembra que Franco Basaglia, grande influente de nossa Reforma, concebe o território como lugar onde ocorrem trocas reais e simbólicas; espaço

em que se pode ver a construção de formas tanto de solidariedade e de fraternidade, como de rejeição e de discriminação, todas determinadas pela cultura social vigente naquele tempo e lugar.

O conceito de território é basal para o debate proposto neste artigo. Pensamos o território como espaço, como processo, como relação e como composição. Operar pela lógica do território implica pensá-lo como cenário de encontros, como lugar e tempo dos processos de subjetivação e de autonomização. Também significa considerá-lo fonte da produção de ações e provocações dos atos de cuidado articulados em rede. Trata-se, portanto, de desconstruir/inventar um espaço possível de subjetivação. Para cada proposta das práticas psicossociais haverá um território singular, marcado por uma multidão de territórios existenciais (Yasui & Amarante, 2018).

Para Yasui e Amarante (2018: 187) atuar segundo a lógica do território “é pensá-lo como campo de interações e relações, reprodução dos modos hegemônicos e pasteurizados de viver e, também, lugar de resistências, apostas naquilo que difere”. Portanto, trata-se de um processo de emancipação, na perspectiva de se libertar o conhecimento local, advindo das necessidades locais, das realidades locais.

Ao longo dos últimos doze anos a primeira autora atuou em diferentes serviços dos estados do Pará, Rio de Janeiro e Bahia, entrando em contato com realidades distintas e singulares. Desta trajetória, apreendeu, por meio da observação e da experiência, que o Relatório da IV Conferência (2011) é congruente ao afirmar que há uma especificidade no trabalho em saúde mental que torna necessária uma permeabilidade das normativas e regulamentações, bem como dos profissionais e da gestão às novas práticas que tentam dar conta da abrangência e da singularidade dos atendimentos e buscam encontrar formas particulares de resposta às demandas desta clínica intersetorial.

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

Por esta razão pensamos ser fundamental conhecer e debater sobre essas práticas próprias a cada território. Este é um caminho que, avaliamos, pode auxiliar na aproximação, cada vez maior, de um modelo de atenção em que as singularidades e especificidades da (nada fácil) clínica da saúde mental estejam cada vez mais pautadas no vínculo, definidas como práticas únicas e sensíveis e que possam ser (re)construídas a cada instante, ajustando-se e dialogando com as demais áreas, sempre que necessário.

Um ponto de partida fundamental neste debate diz respeito à nossa posição enquanto pesquisadoras e militantes pró-Reforma, de modo que nos posicionamos com forte repúdio a todo e qualquer retrocesso diante dos avanços da Luta Antimanicomial. Esta é uma pesquisa que se propõe a questionar possibilidades de mudanças dentro do campo já previsto de serviços e modelos de atenção à Saúde Mental. No entanto, isso não se confunde com questionar os avanços conquistados e nem mesmo retroceder a modelos de práticas de cuidado manicomial – processo este que vem ganhando cada vez mais força desde o ano de 2016, com a chamada Nova Política de Saúde Mental, intitulada por muitos autores como a Contra Reforma Psiquiátrica (Nunes, Lima Júnior, Portugal, & Torrenté, 2019). Ademais, é importante igualmente reconhecer os imensos desafios para que minimamente se cumpra o que já está estabelecido pelas normas para a conformação da RAPS.

As recentes propostas aprovadas, apoiadas e sustentadas pela coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (EC 95/2016; Nova Política de Saúde Mental/2017; Resoluções 32/2017, 36/2018; Portarias 3588/2017, 2434/2018, 3659/2019; Portaria Interministerial 2/2017; Resolução CONAD 1/2018; Edital de credenciamento SENAD 1º/2018; Nota Técnica 11/2019; Decreto 9761/2019), constituem grave ataque à luta antimanicomial. Dentre outros pontos, congelam investimentos, rompem com a lógica de desestruturação de manicômios, incluem as comunidades terapêuticas e trazem de volta os hospitais psiquiátricos para o rol de componentes da RAPS, assim como desmantelam a lógica da redução de danos, tão fundamental ao trabalho neste campo, dada sua intensa e complexa lógica de um trabalho eminentemente intersetorial, integral e que contemple as singularidades / possibilidades / escolhas de cada sujeito, em um dado contexto e território.

Neste trabalho amplia-se a discussão para além da RAPS, compreendendo também todo e qualquer contexto de restrição, seja ele político, normativo, estrutural ou de qualquer outra ordem, em que esteja ameaçada a possibilidade de criatividade e invenção, pautadas na ética de um cuidado democrático e antimanicomial. Essa escrita é um convite ao debate, à invenção e à criação de novos caminhos.

## As práticas em contexto

### Sobre a Rede em questão

Neste tópico, o esforço é o de descrever o cenário político e estrutural da rede em questão à época em que a experiência ocorreu neste ambulatório (cuja nomenclatura específica será suprimida para preservação da identificação do serviço em questão e sua equipe) e junto ao movimento dos trabalhadores, via Fórum de Trabalhadores da Saúde Mental.

Começamos pelos trabalhadores: em geral e em sua maioria, contratados em número insuficiente para a demanda do território e do serviço, tendo como vínculo o “Recibo de Pagamento Autônomo” (RPA), os profissionais não possuíam vínculo empregatício com o serviço ou o município e, portanto, nenhum direito trabalhista assegurado (férias, vale transporte, 13º salário etc.), sendo considerados prestadores de serviço. Apesar dos diversos problemas que esse formato de contrato pode implicar num serviço de saúde, não há ilegalidade em sua execução, não fosse pelo fato de que tal modelo só permite a permanência do mesmo profissional por três meses no serviço. Nesta rede, porém, isso não era respeitado – muitos contavam dez vezes mais que este tempo.

Os salários eram muito abaixo dos praticados no mercado. No município vizinho, por exemplo, os profissionais de nível superior costumavam ter como salário-base, em média, o dobro do valor, com o mesmo quantitativo de horas trabalhadas. As estruturas físicas dos serviços de um modo geral estavam bastante degradadas – fruto do parco investimento na rede de saúde mental. O próprio ambulatório, objeto desta pesquisa, tinha inúmeras e graves questões – arriscamos dizer que ele era uma pequena amostra de problemas que se repetiam em outros serviços: espaços menores que os necessários para a realização de atividades e para o funcionamento de secretaria e

arquivo, goteiras e infiltrações (parte do teto de uma das salas chegou a desabar), iluminação e ventilação precárias, tanto quanto o acesso à internet e ao telefone, assim como contava-se com poucos recursos e materiais para atividades.

Tal realidade gerou uma situação de rotatividade dos profissionais que nunca deixou de ocorrer e ser lamentada por todos os que passaram pela rede. Infelizmente pela própria dinâmica e movimento cotidiano do serviço passou a ser tida como corriqueira.

Havia relatos de situação semelhante em períodos anteriores a esse, mas aqui partiremos de um dado/uma particularidade que tomaremos como sendo própria desse momento da Rede: a ausência de fornecimento de medicamentos fundamentais e básicos para os serviços e pacientes cadastrados, assim como os longos e recorrentes atrasos, por vezes suspensão, do pagamento dos profissionais. O cartão de transporte dos Acompanhantes Domiciliares (outra particularidade desta rede), cujo trabalho é fundamentalmente no território, foi suspenso por longo período, impossibilitando a continuidade de ações importantes ou exigindo que eles realizassem longas caminhadas a pé, o que lhes custava o dobro do tempo e enorme desgaste físico.

Como dito antes, esse não era um cenário tão novo, mas por razões que nos fogem à possibilidade de nomear, tudo isso causou um potente estado de insatisfação nos profissionais. Este sentimento, inflado pela situação de precariedade absurda à qual os pacientes estavam submetidos, culminou em duas paralisações dos serviços de saúde mental e alguns expressivos movimentos de protestos com passeatas, encontros com os representantes da Coordenação de Saúde Mental e da Prefeitura, além de todo um trabalho realizado diretamente com os usuários nos serviços, via assembleias. Avalia-se que este processo pode ter influência da comoção coletiva dos trabalhadores, do compartilhamento via redes sociais e mídia das situações particulares de cada serviço e do reavivamento do espaço do Fórum de Trabalhadores, que se unia ao movimento de usuários e familiares – talvez um pouco disso tudo e mais algo que escapa.

Neste contexto dramático de precariedade formulamos a hipótese do Fórum de Trabalhadores ter funcionado como um dispositivo favorecedor da construção de uma solidariedade (ainda que frágil) entre trabalhadores e usuários no encaminhamento

e gestão da crise vivida pelos serviços. A fim de possibilitar uma avaliação do potencial do Fórum como dispositivo e seus possíveis reflexos ou impactos nas práticas dos serviços, cabe aqui uma breve descrição deste movimento tão presente e atuante naquele período.

Os trabalhadores se reuniam quinzenalmente no turno da noite, em sala cedida por uma universidade. À época esses encontros contavam com salas cheias de representantes dos mais diversos serviços, todos ávidos a contar da situação que estavam atravessando. Era recente o novo quantitativo de trabalhadores presentes, o que manteve enérgico este movimento. Ações na rua e nos serviços estavam sendo construídas ali. O grupo se dividia para realização das atas, controle do tempo das falas e da divisão das atividades que se seguiriam a partir dos encontros. Esta comção dos trabalhadores foi tamanha que, mesmo em meio às divergências internas, algumas importantes ações foram realizadas.

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

Havia um projeto de que este espaço se tornasse, a longo prazo, também um lugar de formação em que dividiríamos grupos de trabalho para ampliar o conhecimento acerca de burocracias, direitos, financiamento/verbas etc. daquela rede. Esse projeto não teve tempo de ir adiante. Poucos meses após esse pequeno turbilhão começar a ganhar força, a Prefeitura lançou um edital de contratação para todas as vagas, de todos os serviços de saúde mental do município. Isso passaria a garantir alguns direitos, porém, na prática, acabou por esfacelar uma rede inteira.

Todos os serviços tiveram seu quadro de pessoal abruptamente alterado e, a despeito de todas as tentativas realizadas pelos usuários para que fossem mantidos os profissionais com quem já possuíam um vínculo de trabalho, este pedido foi negado pela gestão. Além desse desastre, que trouxe consigo uma desmotivação e desmonte do movimento,

muitas vagas demoraram meses para serem preenchidas, fragilizando incontáveis acompanhamentos e tratamentos. Crise talvez seja a melhor palavra para descrever este processo e desenvolveremos uma discussão teoricamente embasada sobre tal conceito mais à frente.

### **Sobre os ambulatórios da rede**

A rede de saúde mental do município estudado conta com cinco ambulatórios de saúde mental que apontam para uma forma de oferecer o cuidado distinto do antigo modelo médico-consultório, valorizando o trabalho multi/interdisciplinar e atividades terapêuticas grupais, sem deixar de oferecer atenção clínica individual quando necessária. São unidades regionalizadas, que cobrem a maior parte possível do município, prestam assistência a uma população diversificada e funcionam em espaços comuns a outros profissionais da saúde, em policlínicas, onde são oferecidos cuidados de diversas especialidades médicas.

Tecnicamente, a função primordial do ambulatório seria receber uma clientela menos grave, porém, a realidade do serviço e da rede faz com que também sejam acompanhados casos de distintas complexidades e vulnerabilidades. Pessoas oriundas de internações ou de longa permanência, por vezes em crise, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, adultos ou idosos, portadores de algum sofrimento psíquico, encaminhados pelos diversos dispositivos da Rede – atenção básica, policlínicas, ambulatórios de especialidades, serviços de internação, dentre outros, ou ainda por via da demanda espontânea.

Os ambulatórios são compostos por equipe multiprofissional - psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, acompanhantes domiciliares e estagiários – e as principais atividades realizadas são: acolhimentos para uma primeira escuta com direcionamento à rede específica de cuidado avaliada necessária; atendimentos individuais, grupais, familiares e oficinas com familiares e usuários – sem a administração de alimentação; atendimento, muitas vezes, a pacientes em genuína crise, que procuram o ambulatório pelo vínculo com o serviço/profissional, momentos estes em que a equipe organiza e direciona um acolhimento possível que, em inúmeros casos, evita o desgaste do pernoite na intercorrência de uma emergência, uma contenção mecânica ou mesmo uma internação psiquiátrica.



Nestes ambulatórios os Acompanhantes Domiciliares fazem visitas, grupos de passeio, atividades diárias e uma série de acompanhamentos dos usuários em que é avaliada a indicação de um trabalho dessa ordem. Os profissionais dos diferentes turnos encontram-se nas reuniões de equipe e na supervisão coletiva semanal, mantendo comunicação entre si para dar prosseguimento a projetos terapêuticos individuais.

Apesar das precariedades, os ambulatórios valorizam a comunicação com a Atenção Básica, escolas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, famílias, gestão e todas as demais entidades que se façam presentes na oferta de cuidado aos sujeitos atendidos. Esta articulação nem sempre acontece da forma desejada pela equipe, mas constitui uma potente particularidade desta Rede. A inexistência do ambulatório deste formato, na lei da RAPS, traz consequências: falta de verba para continuidade do trabalho, equipe em número insuficiente, estruturas precárias etc.

Poder-se-ia facilmente confundir este cenário com o de um serviço de maior complexidade, como o CAPS, o que poderia sugerir que os ambulatórios prestam atendimento em descompasso com o previsto nas diretrizes, devendo, portanto, ser reformulados, otimizando o orçamento e priorizando o fortalecimento da rede. À época, ocorreram algumas discussões da Coordenação de Saúde Mental com a equipe a respeito da possível transformação desses serviços.

Havia no horizonte duas opções principais para tal transformação: reduzir a complexidade transformando-os em ambulatórios da atenção básica, como previsto na RAPS, ou ainda, com ajustes, aos padrões de um CAPS I. Tais discussões, no entanto, nunca chegaram a um consenso na Rede a ponto de efetivar qualquer uma das opções. Um aspecto fundamental nessa não tomada de decisão teve como forte ponto de apoio a questão do vínculo entre usuários e serviços.

### **O ambulatório em questão**

Ao longo do tempo ocorreram mudanças na equipe e nos cargos de gestão deste, assim, descreve-se aqui a organização inicial em sua chegada. A equipe era composta à época por dezoito profissionais, sendo seis psicólogas (duas delas atuavam na assistência e nos cargos de Coordenação e Coordenação Técnica); uma terapeuta ocupacional; quatro psiquiatras; uma

enfermeira; dois acompanhantes domiciliares; duas estagiárias; uma supervisora e uma secretária. Desses trabalhadores, havia apenas uma servidora pública, sendo todos os demais contratados como RPAs.

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

As demandas do trabalho a ser realizado eram muitas e distintas, somadas ao fato de sermos poucos para a quantidade de usuários lá referenciados e o tipo de trabalho necessário. Os dias tinham pouco ou nenhum intervalo para um breve descanso, para comer ou mesmo atualizar os prontuários.

À época houve a demissão da coordenadora do ambulatório, muito bem quista por todos. Estes últimos avaliaram como pouco cuidadosa, abrupta e intransigente esta determinação da gestão, o que desencadeou uma convocação dos trabalhadores para uma reunião com a coordenação de saúde mental, a escrita de uma carta coletiva com seu posicionamento endereçada à Prefeitura e, para a primeira autora, significou o início de sua participação no Fórum dos Trabalhadores junto a outra parceira de trabalho.

Com o tempo, após muita convocação, alguns outros profissionais começaram a frequentar as reuniões do Fórum ou a trazer as discussões da situação macro da rede para as supervisões clínicas e reuniões. Aceitaram, inclusive, que alguns representantes dos trabalhadores (via Fórum) estivessem, por vezes, no serviço para tratar em conjunto dos encaminhamentos enquanto rede diante do cenário caótico em que se encontravam.

Uma dificuldade existente à época dizia respeito à (não) participação dos médicos nesse espaço de supervisão e reunião. Durante o recorte de tempo desta pesquisa isso só foi possível em uma pequena parcela do tempo quando uma, dos quatro médicos, esteve presente. Por acaso era a única não psiquiatra.

Neste ambulatório, dada a precariedade de contratação e quantidade de trabalho, era difícil encontrar profissionais especialistas, o que permitia a contratação de médicos generalistas. A solução encontrada pela equipe era compartilhar com os que não estavam presentes alguns pontos principais retirados em supervisão, numa tentativa frágil de fazê-los participar das construções do grupo.

Com o tempo, foi-se ampliando os espaços de diálogo com os usuários acerca do cenário, tanto individualmente nos atendimentos quanto nos espaços de atividades coletivas. Nos atos, manifestações e audiências com a gestão, conseguiu-se ter representantes do serviço (profissionais e usuários) – e pode-se dizer que, de certa forma, as atividades políticas passaram a fazer parte do roteiro de trabalho psicossocial.

Nesta pesquisa tenta-se deixar em aberto as avaliações prévias sobre o ambulatório para reavaliar, à luz dos referenciais e da lembrança desta história, as práticas de cuidado ofertadas por esse serviço, nessa rede. Mas uma pergunta insiste: no trabalho psicossocial lá realizado se identifica uma ética, uma escuta, um acolhimento e acompanhamento pertinentes aos pressupostos sustentados pela Reforma Psiquiátrica?

### Do vivido à análise psicossocial das práticas em saúde mental

Esta é a parte mais desafiadora deste trabalho pois é o espaço de articulação entre teoria e vivência. Como já dito, extraíram-se quatro elementos emergentes de análise, didaticamente divididos em subtópicos para uma discussão mais organizada, mas vale lembrar que todos estão interligados e conversam diretamente entre si.

#### Processos Grupais e Intersubjetivos

O foco deste tópico é o entendimento do que são os processos grupais e intersubjetivos existentes em um coletivo/organização/instituição e, em especial, na análise da forma que esses processos assumem na realidade aqui estudada e nas discussões seguintes. Nos debruçaremos sobre os processos psíquicos envolvidos partindo da compreensão, já sustentada por Freud (1923), de que a psicologia individual é psicologia social na medida em que entende que o outro é sempre o modelo, sustentáculo ou adversário.

Utilizaremos as contribuições da psicossociologia de base analítica, a um campo mais amplo, em que o caráter social dos indivíduos aponta para o funcionamento do grupo, do local e da cultura em que se inserem.

Para Guist-Desprairies (2001: 243) quando trabalhamos para desvelar o modo como os atores sociais sentem, vivem, se apropriam ou transformam as organizações a partir da exploração de representações, crenças, valores e efeitos sobre as condutas “abrem nas organizações a possibilidade de uma colaboração entre as pessoas envolvidas e responsabilizadas”. De modo que se houver interdependência entre as condutas das pessoas, é neste ponto mesmo que as estruturas “da organização e a cultura da empresa dão uma dimensão social ao remanejamento do espaço intersubjetivo”.

Começamos pelo desenho do que é um grupo, como ele se constitui e algumas das consequências disto, para compreender melhor as bases e o que está em jogo nessas interdependências. Para Enriquez (1994), toda instauração de grupo é presidida por um projeto comum. É a partir dos valores em comum que os sujeitos partem para sua realização.

Esses valores comuns, associados a representações coletivas do que um grupo, organização ou sociedade é e do que desejaria ser, constituem o imaginário grupal, organizacional ou social. Eles são intelectualmente pensados e afetivamente sentidos, havendo neles uma determinada idealização de nós mesmos. Um grupo, portanto, é composto por pessoas que são, de certa forma, porta-vozes e guardiãs de algo que as ultrapassa e legitima sua ação e sua vida, seus componentes tem uma missão a seguir, uma causa para lutar (um ideal de eu compartilhado) e seu funcionamento é baseado na idealização, ilusão e crença.

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

Para Enriquez (1994), se há uma causa específica pela qual se luta, logo, este processo diz respeito a um grupo minoritário, posto que a maioria já obteve êxito em sua causa e por essa razão apenas busca conservá-la e consolidá-la. Por isso, é necessário primeiro fazê-los sentirem-se pertencentes a este coletivo para que depois queiram mais do que apenas contestar o objeto/a ordem vigente que atacam, mas também transgredi-la trazendo novas formas de ser e estar no mundo.

Isso é o que o Enriquez (1994: 65) denomina de “destruição das instituições” - o que exige a presença de certa violência, não sendo um processo, digamos, cortês ou harmônico. Há que se carregar certa sensação de intolerância e intransigência. A instituição para ele é um “elemento de regulação social, que visa à repetição, ao idêntico, à reprodução das relações sociais”.

Havendo a emergência de um narcisismo grupal, é o ódio ao exterior que permitirá o amor fraterno entre os membros, fazendo circular o fluxo libidinal, de modo que os sentimentos egoístas passem a ser sentimentos altruístas. Enriquez (1994: 66) diz que nem todo grupo precisará matar o pai da horda (alegoria que representa as primeiras figuras de poder tomadas como referência na constituição de um coletivo), no entanto, é fundamental que todo o grupo crie um “acontecimento irreversível, mediado por uma violência que substituirá a violência instituída e insuportável aos novos irmãos, violência fundadora de um novo mundo”. A construção de um vínculo grupal, no entanto, não o exime de sofrer consequências desse processo, veremos em seguida quais.

Os organizadores grupais para Kaës (como citado em Trachtenberg et al., 2011) não surgem depois ou a partir do vínculo, são simultâneos, promovendo e sustentando sua existência, além disso, eles são: uma formação inconsciente; desenvolvem as formações intrapsíquicas singulares; indicam que certos conteúdos psíquicos são estruturados no/pelo grupo, havendo, portanto, uma função organizadora dos vínculos grupais. O que nos é importante dessa explicação é atentar que os processos grupais estão submetidos a um funcionamento psíquico próprio, intitulado de ‘transpsíquico’ e que é fundamental na estrutura e na característica dos vínculos do grupo.

São processos e resultados que se estabelecem no próprio vínculo grupal e são impessoais, pois não individualizados, embora façam parte importante

da formação e transformação da psique singular (Trachtenberg et al., 2011). Kaës (1991) nomeará este processo de “formações intermediárias transpsíquicas”, que seria aquilo que sustenta a relação necessária entre o sujeito singular e o conjunto, e elas se apresentam por meio dos contratos narcísicos e dos pactos denegativos.

O contrato narcísico, como toda formação intermediária é “biface”, na linguagem de Kaës (1991), ou seja, é parte do sujeito e do grupo. Quando o sujeito é inserido em um conjunto intersubjetivo, o que o mantém preso ao contrato é justamente o prazer que afixa ao ser reconhecido como único, pelo grupo, como tendo um lugar singular; ou seja, este sujeito não é apenas repetição do ideal do grupo, mas também encontra, de certa forma, sua identidade e singularidade narcísicas afirmadas ali.

Enriquez (1994) aponta que os problemas inerentes a todo grupo estão ligados ao conflito entre o desejo e a identificação. Uma questão entre o reconhecimento do desejo e o desejo de reconhecimento, possibilitando uma caminhada em direção à massa ou à diferenciação.

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

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



neste processo de debates e negligenciando o propósito do agrupamento (Enriquez, 1994).

Assim, tanto a individualização absoluta quanto a massificação representam a dissolução do grupo, não havendo, portanto, a possibilidade da existência de um grupo sem conflitos. Para que se possa, então, tratar desta paranoia, constitutiva de todo o grupo, embora não atue com a mesma intensidade em todos, psicólogos e psicanalistas apontam a necessidade de uma aprofundada análise e regulação do grupo, conduzidas por um analista interno ou externo, de modo que mesmo a paranoia sendo uma “tentação constante”, ela não seja o único caminho (Enriquez, 1994: 72).

No entanto, Enriquez (1994) alerta aos grupos que é necessário tanto um movimento no sentido de busca por espaços coletivos para entender os processos que ali se dão, quanto o cuidado para não cair na ilusão de que se chegará um dia ao conhecimento total, à eliminação da cegueira, pois ela, em algum grau, é a razão de ser da existência do grupo, é o que permite o vínculo. Em síntese, a ambivalência, a contradição e algum grau de opacidade são constitutivos de qualquer grupo.

Buscando trazer as bases teóricas acima apresentadas para a análise dos processos vividos no ambulatório em questão, uma primeira conclusão se impõe. Embora a supervisão do serviço fosse comandada por um psicanalista com vasta experiência clínica, houve significativas lacunas neste espaço de diálogo de forma que os profissionais pudessem, em profundidade, abordar tanto os elementos de análise, quanto os processos efetivos de trabalho, para que viessem à tona os possíveis sentimentos de desagregação e o sofrimento da equipe com tudo que passava e com as incertezas que o cenário gerava - neste trânsito e diálogo entre o cenário macro e micro.

O ambulatório também atravessava um período de mudanças corriqueiras de seu quadro de trabalhadores, exigindo, muitas vezes, uma mudança dos cargos de coordenação no serviço, o que nos aponta uma fragilidade na composição de um vínculo grupal. De todo modo, havia ações e algumas respostas à rede de forma coletiva, portanto, avalia-se que é possível afirmar que havia um vínculo grupal, mas em especial, neste recorte de tempo, parecia haver a coexistência de alguns grupos dentro de um mesmo.

Assim, fica mais claro nesta pesquisa o movimento de determinados profissionais em comparação a outros. Os que já estavam lá há mais tempo pareciam seguir um movimento mais massificado, talvez alicerçado em referências simbólicas e valores arraigados desde a fundação do serviço, enquanto que os novos componentes não conseguiam alcançar isto. Tal realidade, é claro, gerava muitos conflitos internos e isto talvez explique a maior abertura dos novos componentes ao discurso construído pelo Fórum.

A partir do já debatido aqui através de Enriquez (1994) e Guist-Desprairies (2001), sobre o grupo como portador de um projeto, talvez possamos dizer que os trabalhadores mais antigos no serviço compartilhavam de um certo projeto coletivo sobre o seu fazer, sua prática e a missão do serviço, mesmo que este projeto não estivesse formalizado, escrito. Para eles, então, era mais difícil abrir mão desses antigos referentes, o que era mais dificultado na medida em que os novos trabalhadores parecem não ter conseguido, de fato, forjar ou consolidar um novo projeto. Esse dado também pode nos ajudar a pensar em alguns processos de resistência à mudança, posto que se não há uma grupalidade mais fortalecida, há menos possibilidade de se efetivarem atitudes vigorosas, como as necessárias para o estabelecimento de um grupo.

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

### Vínculo e Reconhecimento

Este elemento emergente de análise nos parece estar desenhado em todo este trabalho e no que ele traz de vivo das experiências relatadas: a potência visível que existe na constituição dos vínculos como suporte para a oferta de cuidado.

Figueiredo (2007) fala do cuidado a partir de duas posições: da implicação e da reserva. Essas são duas posições interligadas e necessárias à oferta de cuidado posto que na implicação há uma abertura do sujeito que ocupa temporariamente o lugar de cuidador (pois também precisa se deixar ser alvo de cuidado) ao sujeito objeto de cuidado – uma abertura que pressupõe o ato de reconhecer.

Este reconhecer está voltado à possibilidade de testemunhar o que o outro tem de próprio e de singular para, quando e se possível, refletir/espelhar isto, de forma que o sujeito consiga se perceber neste movimento. Tudo isso a partir de um importante trabalho de não se misturar ao que outro está trazendo, de saber-se limitado, sem a possibilidade de conhecer de antemão o que o outro deseja ou necessita, mas num movimento que permita acessar isto que lhe é muito particular e transmitir-lhe, de forma que ele por si só encontre seu caminho.

As ações de cuidado que se dão no excesso e extravio das funções cuidadoras trazem inegáveis malefícios da implicação pura. O reconhecimento de seus limites enquanto cuidador é o que possibilita que seu cuidado não seja tirânico e possa ser compartilhado com outras figuras que também possam ocupar este lugar (Figueiredo, 2007).

A questão do reconhecimento apareceu no item anterior como um dos fatores que influencia diretamente a posição dos sujeitos em um grupo, logo, pode-se dizer que atravessa a construção/manutenção de um vínculo. Desta feita, entendemos que o que Figueiredo (2007) aponta é para a necessidade de reconhecimento do desejo para que o cuidado seja possível – tanto do profissional com ele mesmo, como também da sua capacidade de se abstrair de si para reconhecer o desejo do outro e dar lugar a isso.

A questão do reconhecimento se coloca também como um fator importante para pensarmos na possibilidade de enfrentamento do sofrimento no trabalho e da construção de grupalidade. Uma das formas apontadas por Dejours (1999) na transformação do sofrimento em prazer no trabalho está na questão do reconhecimento por parte dos pares e dos superiores de um trabalho que seja dedicado e inventivo – tanto o reconhecimento do desejo do outro que compõe este grupo, como o ser reconhecido como parte deste grupo e como alguém cuja contribuição é importante para a realização do trabalho, isto é, reconhecimento de sua singularidade.

No cenário objeto desta pesquisa a função/lugar do cuidador se alterna entre usuários e profissionais e estes entre si. Os usuários puderam de alguma maneira escutar os limites e posições da equipe, já os profissionais

precisaram suspender suas avaliações para ouvir os demais. Novos modos de se relacionar estavam em jogo, ainda que as condições da rede de serviços e sociais nem sempre o permitissem ou facilitassem.

Diante de todos esses pressupostos para o cuidado, podemos dizer que o Fórum também pode ser interpretado como possuindo uma função de cuidado – dos trabalhadores e usuários – ao expressar um certo modo de funcionamento daquele coletivo, ocupando o que Figueiredo (2007) nomeia como um espaço de testemunho, de reconhecimento (tanto de seu valor como de seu sofrimento) e, de certo modo, uma devolução aos sujeitos de uma imagem de si mesmos “fortalecida” ou tornada potente e que, de alguma maneira, sustentava também suas práticas clínicas.

O espaço do Fórum, avaliamos, também pode ser considerado como mais um fator que contribuiu no fortalecimento dos vínculos na rede de saúde mental do município. As trocas ali realizadas possibilitaram um maior conhecimento interno da rede, auxiliaram na mobilização estratégica para as reivindicações, na troca sobre os casos, indicação de caminhos a percorrer na rede e na própria formação que provém da troca de experiências.

Podemos dizer que esta função ocupada pelo Fórum permitiu a diminuição do sofrimento psíquico dos trabalhadores pois os possibilitou tanto o reconhecimento deste território, dos parceiros e caminhos possíveis, quanto os permitiu ser reconhecido por eles. Isto tem papel fundamental para Emerich e Onocko (2019) que revelam o quanto é comum a busca pelo refúgio e proteção diante do desconhecido. Tais defesas acabam por se configurar no recurso à burocratização ou à estereotipia. Deste modo fica claro perceber o potencial deste espaço para um trabalho mais singular e atento às singularidades e não apenas as regras duras do dia a dia dos serviços.

O vínculo, portanto, neste cenário, apareceu como algo não restrito às relações de cuidado/terapêuticas de uma equipe/profissional com o usuário, mas igualmente como fruto de todas essas outras interferências existentes naquele território e momento. No entanto, levantamos a questão se o espaço do Fórum de fato conseguiu dialogar e construir um vínculo com o ambulatório em questão. Em nossa avaliação, estes foram espaços que dialogaram muito pouco e talvez existam algumas razões para isso, vejamos.

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

Tal situação aponta para algo que transcende qualquer normativa (já que a construção de um vínculo não é algo passível de prescrição) e, portanto, abre espaço para a reflexão do que pode se constituir, de fato, como imprescindível ao pensarmos na organização de uma rede e na oferta de serviços e práticas de cuidado em saúde mental. Qual seria o caminho mais adequado diante desta situação: estar “dentro nas normas”, mas correndo o risco de que a quebra destes vínculos acabe por trazer consequências que não sabemos medir a dimensão (sejam elas positivas ou negativas)? Ou sustentar ser um serviço singular a um território, mesmo que para isto seja necessário manter-se “fora da norma”?

Outra questão surge no horizonte para nós também: “estar dentro das normas”, em última instância, representa o abandono do projeto fundador do grupo (Enriquez, 1994) - projeto este que concerne à manutenção do serviço como ambulatório de saúde mental - em favor de um projeto previsto na RAPS, mas com o qual o grupo não se identifica. Neste caso, estaria comprometida a função do vínculo em geral - tanto entre usuários e profissionais, quanto entre profissionais entre si e para com a instituição -, uma vez que o projeto é o que possibilita o vínculo grupal?

Haveria a possibilidade de que o apelo pela manutenção do ambulatório estivesse mais ligado às angústias ou fantasias em relação à mudança, como vimos em Kaës (1991), do que à questão do vínculo apontada pelos profissionais? Deixamos tais questões em forma de perguntas, posto que não conseguimos respondê-las agora.

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

Apesar disso, avaliamos que houve alguns movimentos desta equipe numa tentativa de construção e/ou fortalecimento dos vínculos entre os trabalhadores e destes com seu trabalho, por exemplo: a mobilização política da equipe (mesmo que por intensidades diferentes em cada integrante) pode ser tomada como uma expressão disso, já que foi fruto de um processo árduo de debates e supervisões para que as pessoas pudessem se ouvir, expor seus pensamentos, trocar ideias e discordâncias, pensarem juntas em uma forma de responder como ‘equipe’ - em outras palavras, podemos dizer que esse processo possibilitou um investimento libidinal/afetivo na luta por melhores condições de trabalho.

Isso gerou, por certos instantes, uma maior união ou solidariedade entre alguns profissionais; um certo sentimento de reconhecimento daquele trabalho, já que pela via do debate foram sendo expostas de forma muito clara os ataques e o sucateamento da rede que os atingiam diretamente, o que exigiu um repensar o trabalho ali executado, as condições e, principalmente, a possibilidade no horizonte de um desmonte que inviabilizaria a manutenção do serviço; a relação com os usuários e o território, arrisca-se dizer, também sofreu reflexos deste processo, já que o mapeamento das reais condições atravessadas pela rede, ficava cada dia mais claro, gerando indignação dos profissionais e produzindo uma certa determinação em tentar manter aquele trabalho a qualquer custo.

A despeito destes movimentos, não nos parece que esse projeto tenha se formulado, de fato. O grupo, ao ficar aprisionado nos possíveis (falsos) dilemas apontados, enrijecido na posição de não mudar nada do projeto assistencial do ambulatório acabou por não ser capaz de um deslocamento de olhar, de perspectiva, que lhe permitisse formular um novo projeto para o serviço. Manteve-se a afirmação de manutenção das atividades e negada a modificação do serviço.

Diante das notícias de substituição em massa dos trabalhadores, esses já poucos vínculos se esgarçaram e perderam ainda mais força. O pedido de demissão da primeira autora ocorreu após um longo processo em que ela constatou que a aposta num trabalho em equipe estava cada vez mais distante e o horizonte era de um trabalho mais burocrático e, para ela, sem sentido.

### **Crise e Sofrimento nas Instituições**

Neste cenário chega a ser difícil discernir entre a crise do sujeito e a crise institucional (não apenas da rede, como do ambulatório). Aqui analisamos com mais ênfase a crise do ambulatório que não deixa de dialogar em alguma medida com a crise da RAPS do município em questão, porém guarda suas especificidades já que, como grupo, apresenta constituição psíquica própria. Mas, o que estamos chamando de crise?

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

O autor recusa a ideia da crise como algo genuinamente pessoal, tratando-a como um conceito ampliado ao considerar esferas que não estão apenas no plano do sujeito e do singular, englobando os aspectos grupais, culturais e subjetivos envolvidos nas experiências de desorganização. Do mesmo modo, podemos entender que o serviço também guardava sua história e suas relações (internas e com a rede), era regido sobre uma cultura e, assim, não se pode avaliar a crise pela qual estava passando como algo apenas daquele espaço sem inseri-lo na série de atravessamentos existentes até então.

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

Pereira, Sá, e Miranda (2013) realizam uma discussão da crise vista a partir de uma perspectiva psicossocial e se baseiam em Ferigato e colaboradores, além de Kaës, ao afirmar que as situações de crise exigem ações urgentes, tanto através da supervisão clínico-institucional, quanto dos recursos concretos do sistema de saúde. Tais ações devem ser protagonizadas por instituições comunitárias e outros parceiros dos serviços. As autoras apontam que tais espaços de trânsito entre o eu e o grupo formam um conjunto intersubjetivo capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e de se constituir como espaço/setting que sustenta os momentos críticos de fragmentação, conflitos e tensão entre o que está instaurado e a capacidade dos sujeitos de inventar e criar.

Isso vem ao encontro do que Miranda (2013) afirma: o trabalho criativo não é fruto de algo espontâneo, mas sim de um esforço de criação do serviço que facilite, estimule e sustente este modo de produção, portanto, a gestão tem aí papel fundamental. Emerich e Onocko (2019) corroboram com este ato de investimento na criatividade por avaliarem que a proposição de mudanças na organização do trabalho, abrindo espaço ao desconhecido e às experimentações no plano institucional, também significa propor mudanças nos próprios profissionais.

Para Kaës (1991:30), são três fontes que geram sofrimento em uma instituição, estando imbricadas entre si nas queixas dos profissionais: “uma é inerente ao próprio fato institucional, a outra é inerente à determinada instituição específica, à sua estrutura social e à sua estrutura inconsciente própria; a terceira, à configuração psíquica do sujeito singular”. Isto leva a um trabalho psíquico que desenvolve mecanismos de defesa e busca de satisfações superiores; paralisa o espaço psíquico tanto do sujeito singular, quanto os espaços comuns e compartilhados dos sujeitos associados em seus diferentes vínculos.

Tais sofrimentos também nem sempre são visíveis e as instituições possuem mecanismos de evitá-los, principalmente se isso tiver origem nela. Isso quer dizer que, como muitos dos sofrimentos se produzem durante a vida institucional, este mecanismo de evitação teria como objetivo uma não inscrição psíquica de tais vivências. O pacto denegatório, por exemplo, teria a ver com este mecanismo. É a “esse sofrimento e a essa dificuldade específica para reconhecê-la que o psicanalista deve estar atento” (Kaës, 1991: 31).

As reuniões e supervisões de equipe do ambulatório foram diretamente atravessadas pelo cenário mais macro, fazendo aflorar, obviamente, os conflitos internos ao serviço e ao trabalho em conjunto. Uma das soluções criativas geradas neste processo se deu quando alguns profissionais do ambulatório propuseram que se compartilhasse com os usuários de forma clara a situação que todos atravessavam. A aposta era que o estabelecimento de uma relação mais horizontal entre profissionais-usuários abriria a possibilidade de construção conjunta de estratégias de enfrentamento e ação, além do fato de que, dada a mobilização da rede, esses temas estavam circulando entre os serviços e usuários de forma muito orgânica. Não havia como esconder dos usuários algo que já estava evidente e que os atravessava diretamente, mesmo que não soubessem explicar.

Foi difícil chegar em um consenso. Parte do grupo avaliava arriscado informar os usuários e acabar por produzir uma desorganização dos sujeitos, outros referiram que sujeitos psicóticos não teriam uma estrutura psíquica que lhe permitisse participar de atos políticos ou mesmo de assembleias, pois isto poderia convocá-los a um lugar ao qual não conseguiriam responder (questão que muito surpreendeu alguns profissionais). Interessante perceber neste movimento o funcionamento da equipe, seus limites/possibilidades e (pré)conceitos, inclusive para lidar com seu próprio sofrimento. Após muito trabalho, foi possível fazer tal aposta e os resultados foram em sua maioria positivos, possibilitando alargamentos nas relações de cuidado.

Este ato da equipe corrobora com o esperado para o trabalho em saúde mental, qual seja, uma ruptura com o modo de olhar e compreender a experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura ou de sofrimento psíquico. Muda-se o objeto que deixa de ser a doença e passa a ser a complexidade da vida (Yasui & Amarante, 2018).

Somado a isto, estava a difícil relação com a gestão municipal da rede, muito pouco aberta e disponível a acolher e criar novas linhas de frente para o trabalho. Este processo reforça a necessidade de uma gestão que considere a subjetividade da equipe e dos usuários para lidar com as questões clínico-políticas inerentes ao trabalho, de forma que isto implique uma mudança na questão da responsabilização dos sujeitos. Entendemos que tais condições podem abrir possibilidades para a construção da

criatividade, próximo elemento emergente de análise. Para Figueiredo (2007) cuidar é não só reparar, mas é também criar – produzindo novas ligações e fazendo novas formas de estar no mundo.

### **Criatividade**

Há um não saber que deve se estender a todas as direções, ou seja, uma abertura para que não se cristalizem posições e caminhos a seguir nesta construção e oferta de cuidado, tanto intra equipe quanto na relação equipe – usuários. Isto exige criatividade.

Miranda (2013) alerta que para haver esta abertura é fundamental a criação de zonas de confiança. Se não há confiança na estabilidade do ambiente de trabalho ou na capacidade dos parceiros oferecerem suporte e reconhecimento, dificilmente serão construídas respostas criativas e adequadas a esse inesperado, pois “diante do imprevisto e da impossibilidade de controle, os profissionais tenderiam a se agarrar mais fortemente em seus contratos narcísicos e identificatórios, fantasiando, com mais intensidade, a firmeza, a estabilidade e a onipotência do serviço” (Miranda, 2013: 105).

A compreensão destes funcionamentos psíquicos grupais e da extensão que pode levar a um cenário de crise amplia o espectro de visão sobre o ambulatório: naquele cenário e condições de contratos de trabalho, era praticamente impossível a construção de zonas de confiança – os coordenadores eram cargos de confiança da gestão, que se posicionava contra as solicitações do Fórum; os profissionais possuíam o frágil vínculo RPA; os usuários estavam cada vez mais desgastados com as ausências de medicamentos, de atendimentos, etc. Não apenas o cenário macro afetava, também havia hierarquias dentro da equipe que impediam esta estabilidade.

As zonas de confiança seriam, portanto, o que possibilitaria a criatividade, mas, afinal, o que compreendemos por este termo? A criatividade está ligada à espontaneidade e coexiste com as complexas questões presentes dentro de um serviço. É a dimensão criativa que possibilita a construção de sentido para a prática, pode auxiliar na empatia entre profissionais e usuários e ajudar a suportar as dificuldades ao fazer com que os profissionais encontrem algum prazer e realização no trabalho (Miranda, 2013).



Para a autora, a possibilidade de se experienciar a criatividade depende do que Kaës (1991) denomina de Formações Intermediárias, já discutidas anteriormente - formações que não dizem respeito nem ao sujeito singular, nem ao grupo, mas sim à sua relação. Isto quer dizer que quando um conjunto/grupo é atacado o efeito disto é sentido por todos os seus componentes.

Já analisamos como estas formações estavam submetidas a fortes ataques, internos e externos ao serviço. Qual seria o caminho a seguir em situações assim?

Em um espectro mais micro do trabalho, já encontramos a importância do posicionamento de profissionais e gestão na construção e manutenção de dispositivos de relação intersubjetiva (discussões de caso, supervisões clínico-institucionais, grupos de trabalho, colegiados de gestão, equipes de referência, assembleias, conselhos de saúde e outros), que compartilham uma mesma característica: podem tornar-se zonas de interstício, de trânsito, de “dentro-fora” (Miranda, 2013).

Para Onocko e Furtado (2008) estes espaços devem, além de aumentar o grau de análise das práticas, fazer o mesmo com a compreensão dos estados pulsionais inconscientes em que o trabalho está construído, para que possam “ser analisadas e não recalçadas e não se transformem em atuações perversas ou burocráticas quando da relação entre profissionais, usuários e comunidade” (Onocko Campos & Campos, 2006: 686).

Outro fator pontuado por Miranda (2013) é a abertura ao encontro com o outro, com a alteridade, fundamental no processo de mudança, de onde pode partir a inteligência prática e a ação criativa e, por essa razão, é aí mesmo que se encontra a potencialidade criativa das equipes interdisciplinares. Como dia Yasui e Amarante (2018) não há como pensar a construção do cuidado em saúde mental, sem pensar no tempo e no lugar em que este cuidado se constitui, tecido como estratégia em rede, ou seja, o cuidado se faz em rede e em um lugar, fazendo dialogar, inclusive, a diversidade que o constitui.

O maior desafio encontrado, portanto, está na disposição de encontrar uma colaboração na busca de pontos que façam dialogar posições inicialmente antagônicas sem perder as especificidades necessárias (Miranda, 2013). Isso implica a possibilidade de tolerância a um funcionamento de níveis heterogêneos,

somada à aceitação da interferência de lógicas diferentes (Miranda, 2013).

Neste sentido, o dispositivo da supervisão deve assumir um lugar estratégico que permita a narração, o acolhimento, a problematização e a elaboração do vivido, em busca de um sentido. Como espaço protegido, ele não nega as diferentes relações presentes no grupo (sejam as de formação profissional, de concepções teóricas etc.), pois compreende que há uma particularidade, algo subjetivo e pessoal no saber da experiência. A supervisão valoriza a experiência e não apenas do acontecimento (que nunca se repete igual na perspectiva de duas pessoas), logo, há aí uma dialética entre sujeitos e coletivos que tal dispositivo pode dar suporte, sem homogeneizá-los (Emerich & Onocko, 2019).

Emerich e Onocko (2019: 06), apontam que a partir deste dispositivo “o singular se constrói, mas não de forma individual, e sim pelos compartilhamentos que aproximam os diferentes e fazem com que o inédito possa emergir em meio ao coletivo”. Caberia, assim, ao supervisor o papel de sustentação das experimentações do grupo, um manejo que se estabelece entre a maternagem e a castração.

Um ponto importante é o fato de que os ambulatórios desta rede (logo, o que é objeto desta pesquisa também) são atravessados, não apenas, mas de forma expressiva por um trabalho em diálogo com a psicanálise – tanto a supervisão clínico-institucional, quanto a clínica dos profissionais. Nisto encontrava-se respaldo nas concepções de transferência, inconsciente, a busca pelo não lugar de suposto saber, entre outras questões.

É digno de nota que as práticas realizadas neste ambulatório não são distintas das utilizadas em outros serviços, nem eram distintas as categorias profissionais lá presentes (exceto pela presença dos Acompanhantes Domiciliares, particularidade da rede). Uma marca, portanto, estava na amplitude de casos e ações lá realizados e acompanhados. Isto fez a equipe se mobilizar e trabalhar para ampliar seus instrumentos – processo que avaliamos como um fator que auxiliou em atos de flexibilização das posições de seus componentes, embora a rigidez em outros aspectos, como vimos, se mantivesse.

Diante da situação precária em que todos se encontravam, a porta de entrada do serviço foi fechada e os atendimentos eram apenas para emergências ou realização de cadastros de reserva. Portanto, como último ponto iluminamos o processo violento e mortífero presente nas instituições e que se contrapõem, numa perspectiva psicanalítica, às forças de ligação e de criação. Ao que a experiência nos mostra parece que estas forças destrutivas se manifestaram de forma muito contundente através de dois movimentos: na violência da substituição em massa dos trabalhadores e da asfixia da rede pela falta de insumos e recursos gerais, por um lado, e, de outro, pela rigidez de parte dos trabalhadores do ambulatório, a despeito de seus movimentos no Fórum.

As poucas conquistas do Fórum disseram respeito ao repasse de verbas e de material, tanto aos serviços quanto aos profissionais (salários). No entanto, o que a rede constatou à época é que estes repasses sempre priorizavam os CAPS e o Hospital Psiquiátrico, mesmo que ainda fossem em quantidade aquém das reais necessidades daqueles serviços. Havendo um claro desinvestimento neste tipo de ambulatório, não se podia esperar que ele conseguisse sobreviver por muito tempo. Sucateamento de um lado, rigidez de outro, eis a fórmula mais eficaz para que a possibilidade de criatividade seja destruída.

### Considerações finais

Neste enlace de todo conteúdo aqui formulado, discutido e dialogado – entre teoria e prática – se desenhou um debate que trouxe à tona os pontos principais de análise ao longo do desenrolar do texto. Por essa razão, neste momento final cabem apenas algumas pontuações do que se revela como fundamental à questão que se coloca às novas práticas de cuidado no campo da saúde mental, assim como uma breve consideração a respeito de como (e se) o cenário, as questões políticas e normativas influenciaram nesta questão.

Com o objetivo de explorar os limites e possibilidades de atuação de um serviço ambulatorial público de saúde mental que possui um modelo assistencial e características organizacionais não previstos no desenho preconizado na RAPS, utilizou-se a narrativa como ferramenta metodológica principal. Isto permitiu o estudo dar vida ao desenho de uma rede, traduzindo,

pela via da rememoração, vivências singulares experienciadas. Esta narrativa, como todo método de pesquisa, possui limites e, neste caso, reafirma-se que a descrição e análise dos processos grupais/coletivos e político-institucionais relativos ao serviço em questão, assim como a complexidade do cenário e do serviço em que estavam inseridas, são fruto da forma como pude rememorá-los, a partir de um árduo trabalho para que estas vivências fossem apreendidas de modo não cristalizado e abertas ao diálogo.

A psicossociologia de base analítica auxiliou no processo de análise, pois compreende que a avaliação mais completa e complexa de um serviço e do trabalho ofertado deve estar articulada à relação que os sujeitos estabelecem entre si e com as instituições onde realizam seu trabalho (Guist-Desprairies, 2001). Alguns de seus aportes teóricos principais trouxeram para esta análise a questão do sentido e do sujeito, marca desta intervenção compreendida como prática social e também clínica.

A noção de que serviços de saúde são um espaço eminentemente intersubjetivo, além de material, normativo e político (Sá, Carreiro, & Fernandes, 2008) possibilitou que a pesquisa tenha dado destaque a um dispositivo coletivo, compreendido tanto como espaço para trocas autorreflexivas, quanto como espaço intersubjetivo comum, onde manifestaram-se processos inconscientes, operadores grupais transpsíquicos e possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo. Isto o designa como espaço de articulação psicossocial, de trânsito entre o eu e o grupo, capaz de oferecer certo suporte e criar instâncias de análise para as equipes.

Como principais resultados da pesquisa têm-se a discussão produzida através de quatro elementos emergentes de análise: processos grupais e intersubjetivos; vínculo e reconhecimento, crise e sofrimento nas instituições; e criatividade.

Um ponto que não se pode deixar de constatar, é o quanto o atual cenário de restrição e desmonte dos serviços de saúde mental está voltado a uma rede recentemente construída, por uma luta potente e ainda nova - a luta antimanicomial - de mudança dos paradigmas sociais em relação à loucura. Isto traz a sensação de que o pouco tempo de construção desta mudança já foi suficiente para reavivar, por parte da gestão, sua resistência e incômodo na ampliação e qualificação deste trabalho plural.

Sobre o dispositivo objeto desta pesquisa, um ambulatório público de saúde mental, não previsto na RAPS, constata-se a necessidade de olharmos com cuidado para sua possibilidade de manutenção, principalmente enquanto a rede não apresentar estrutura mais ampla e sólida de outros dispositivos como CAPS I, II e III, residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospital geral, unidades de acolhimento, centros de convivência etc. É fundamental caminhar em direção à construção desta estrutura para que, daí sim, se reavalie a permanência de um serviço que é parte integrante desta rede, realizando um cuidado singular e dando um significativo suporte ao atendimento deste município. Constatou-se a importância do fórum de trabalhadores, enquanto dispositivo, ainda que transitório, para a produção de algum processo criativo e solidário no coletivo, diante de um contexto tamanho de restrição e retrocessos.

Deixamos aqui registrado algo que nos atravessou ao longo desta escrita: a delicadeza necessária e sutil em criticar algo que ao mesmo tempo defendemos. Sustentar a discussão desta pesquisa em meio ao atual desmonte dos serviços de saúde mental no país, nos exigiu o exercício permanente de fazê-lo de forma a não deixar dúvidas de que as questões e até mesmo críticas aqui levantadas têm como horizonte a busca de caminhos para superá-las, garantindo este sistema de saúde em que tanto acreditamos e defendemos, como nos diz Mattos (2009: 47) esta é uma “difícil tarefa para nossa cultura, na qual nos habituamos a criticar os adversários mais do que os aliados ou a nós mesmos”.

Em comum acordo com Emerich e Onocko (2019) acreditamos e apostamos que as transformações devem se dar para o SUS e pelo SUS, tomando os equipamentos de saúde e as reais demandas e desafios que ali se apresentam como o terreno mais fértil para o aprender e para a experimentação das práticas. Encerramos esta escrita com um alerta trazido pelos autores de que para aprender a lidar com novos modos de cuidado, novos percursos devem ser trilhados. Este trabalho espera, assim, poder criar mais uma ponte para debate, discussão e construção coletiva.

## Contribuições das autoras

Araújo JB participou da concepção, rememoração e registro do cenário objeto desta pesquisa, assim como da construção teórica, interpretação dos resultados e redação do artigo científico. Sá MC participou da orientação e supervisão tanto da construção dos dados, quanto da interpretação destes em diálogo com a teoria que embasa esta pesquisa, assim como da redação do artigo científico.

## Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

## Referências

- Amarante, P. (2015). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Campos, R.O., & Campos, G.W.S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In GWS Campos, MCS Minayo, M Akerman, M Drumond Júnior, YM Carvalho (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva*. Fiocruz.
- Campos, R.T.O., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Saúde Pública*, 42(6), 1090-1096. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>
- Cecílio, L.C.O. (2012). Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. *Saúde Soc*, 21(2), 280-289. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>
- Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D Czeresnia, CM Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., pp. 43-57). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413531>
- Dejours, C. (1999). *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. Fundap.
- Emerich, B. F. (2017). *Desinstitucionalização em saúde mental: processo de formação profissional e de produção de conhecimento a partir da experiência* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas]. [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330698/1/Emerich\\_BrunoFerrari\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330698/1/Emerich_BrunoFerrari_D.pdf)

- Emerich, B., F. & Onocko-Campos, R. (2019). Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170521. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.170521>
- Enriquez, E. (1994). *A Organização em Análise*. Vozes.
- Figueiredo, L.C. (2007) A metapsicologia do cuidado. *Psyche*, 11(21),13-30. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso)
- Freud, S. (1923). *O Ego e o Id., Obras completas* (Vol. XIV). Imago.
- Guist-Desprairies, F. (2001). Acesso à subjetividade, uma necessidade social. In JNG Araújo, TC Carreiro, (Eds.), *Cenários Sociais e abordagem clínica*. (pp. 231-244). Escuta.
- Kaës, R. (1982). *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Cinco.
- Kaës, R. (1991). Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In R Kaës, E Bleger, E Enriques, F Fornari, P Fustier, R Roussillon, JP Vidal (Eds.), *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. Casa do Psicólogo. <https://doi.org/10.1590/S0034-75901993000500009>
- Mattos, R. (2009). Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R Pinheiro, RA Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde* (8ª ed). Abrasco. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312002000100014>
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2011). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. [https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_final\\_IVcnsmi\\_cns.pdf](https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf)
- Miranda, L. (2013). Criatividade e trabalho em saúde mental: contribuições da teoria winnicottiana. In CS Azevedo, MC Sá (Eds.). *Subjetividade, gestão e cuidado e saúde: abordagens da psicossociologia*. Fiocruz.
- Nunes, M. O., Lima Júnior, J. M., Portugal, C. M., & Torrenté, M. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489-4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Pereira, M., Sá, M. C., & Miranda, L. (2013). Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës. *Saúde em Debate*, 37(99), 664-671. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400014>
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Ricouer, P. (1997). *Tempo e narrativa* (Tomo I). Papirus.
- Sá, M. C., Carreiro, T. C., & Fernandes, M. I. A (2008). Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Caderno Saúde Pública*, 24(6), 1334-1343. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600014>
- Trachtenberg, A. R., Piva, A.B.S., Haeberle, D., Pereira, D. Z., Soares, G. F., Avritchir, R. A.,... Mello, V. H. P. (2011). Por que René Kaes?. *Psicanálise*, 13(1), 257-270. <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Por-que-Ren%C3%A9-Ka%C3%ABs.pdf>
- Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa, Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação das áreas da saúde e humanas* (2ª ed). Vozes.
- Yasui, S., Luzio, C. A. & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>