



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Renata de Oliveira Fidelis

**A RECEPÇÃO DE USUÁRIOS EM UM AMBULATÓRIO DE
SAÚDE MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA DO SUJEITO**

Rio de Janeiro

2013

Renata de Oliveira Fidelis

**A RECEPÇÃO DE USUÁRIOS EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE
MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA DO SUJEITO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicanálise.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Doris Rinaldi

Rio de Janeiro

2013

Renata de Oliveira Fidelis

**A RECEPÇÃO DE USUÁRIOS EM UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE
MENTAL: A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA DO SUJEITO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicanálise.

Aprovada em: _____

Banca examinadora: _____

Prof^a. Dr^a. Doris Rinaldi (orientadora)

Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Figueiredo

Prof^a. Dr^a. Maria Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTOS

À Doris Rinaldi por ter aceitado me orientar e pela dedicação, paciência e cuidado com que realiza este trabalho.

Às professoras Ana Cristina Figueiredo e Maria Tavares Cavalcanti por aceitarem o convite para participar da minha banca e pelas contribuições valiosas na qualificação que impulsionaram meu trabalho.

Aos colegas de orientação de mestrado e doutorado, pela generosidade nos momentos de reunião, quando, apesar de apresentarmos temas diferentes, sempre esteve presente um interesse em ouvir e contribuir com o trabalho um do outro.

Aos colegas da pesquisa “A Psicanálise no campo da saúde mental: a clínica como política”, por compartilharem as dificuldades e o entusiasmo com as descobertas da clínica.

À minha família, em especial aos meus pais, Ézio e Maria Regina, e à minha irmã, Rejane, por sempre acreditarem no meu potencial e me oferecerem suporte para seguir em frente em minha profissão e na vida, de uma forma geral.

Ao meu namorado Roberto pela paciência nos momentos necessários de afastamento para a escrita e pelo seu amor.

Aos meus amigos, em especial Aline e Vanessa por estarem presentes em momentos de alegria e em outros de dificuldades.

Às minhas amigas e companheiras da minha turma de Residência Ana Beatriz, Cristiane, Helena, Fernanda e Taís, pelo companheirismo, generosidade e acolhimento.

À Maria Sílvia, Marco Aurélio e Simone por estarem disponíveis para contribuir nas discussões clínicas e institucionais na CAP 5.1.

À Valdene pela dedicação em seu trabalho de supervisão clínico-institucional, que foi muito importante para a sustentação do trabalho no ambulatório.

Ao Sérgio, recém-chegado na função de supervisor, que se dispôs a estar mais próximo dos profissionais do ambulatório, propondo supervisão semanal.

À equipe de saúde mental do ambulatório onde trabalho em especial, Débora, Gisele, Georgina, Meire e Vera pela disponibilidade em discutir as questões do cotidiano da clínica, compartilhando dificuldades, angústias e alegrias.

Às psicólogas que entraram para a Secretaria Municipal de Saúde no mesmo ano que eu e foram lotadas na mesma área programática, Lívia e Luana, por compartilharem este momento de conquista e pelas trocas estabelecidas desde então. Agradeço à Lívia

também por disponibilizar para mim sua monografia da especialização e o material que lhe solicitei.

À Ana Lúcia, psicóloga de um ambulatório situado na AP 5.1, que aceitou compartilhar comigo sua prática.

À Etiene que já foi coordenadora do ambulatório onde trabalho e se colocou disponível para que eu pudesse recuperar o histórico do trabalho realizado lá.

Ao Carlos Eduardo Estellita Lins pela disponibilidade em compartilhar comigo sua experiência no ambulatório e suas reflexões sobre o trabalho em saúde mental.

Aos usuários que já acompanhei e aos que acompanho na rede pública de saúde por confiarem em mim e por me ensinarem tanto.

À Maria Idália por me acompanhar por tantos anos e pelas importantes intervenções.

A Deus, por sua proteção.

Sei lá, sei lá, a vida é uma grande ilusão.
Sei lá, sei lá, eu só sei que ela está com a razão.

Toquinho e Vinícius de Moraes

RESUMO

FIDELIS, R. O. *A recepção de usuários em um ambulatório de saúde mental: a importância da escuta do sujeito*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ em 2013.

Esta dissertação procura investigar os impasses enfrentados pelos profissionais que trabalham na porta de entrada de um ambulatório público de saúde mental. Inicialmente, buscamos estabelecer as bases teóricas para uma clínica da recepção que alie os pressupostos da lógica da atenção psicossocial à clínica do sujeito, a partir do trabalho desenvolvido neste ambulatório. A escuta do sujeito serve de bússola para o acolhimento do usuário e os direcionamentos posteriores, pautados na ética da psicanálise. Verifica-se a importância da disponibilidade do profissional para acolher o usuário e aguardar um tempo necessário para que o endereçamento de uma demanda possa ocorrer. São abordados fragmentos de casos clínicos que demonstram que a aposta no vínculo transferencial tem se mostrado importante para a decisão sobre o encaminhamento dos casos. Neste sentido, procura-se discutir a importância que tem, para a recepção, a interlocução entre os membros da equipe e a articulação com os diversos dispositivos da rede de saúde. Esta discussão permite uma reflexão sobre as mudanças necessárias na prática que se desenrola no ambulatório de modo a não reproduzir práticas do antigo modelo hospitalocêntrico e medicalizador, mostrando sua importância em uma rede, que é criada a cada vez em torno do usuário.

Palavras-chave: Ambulatório público. Saúde mental. Clínica da recepção. Sujeito. Rede.

RÉSUMÉ

FIDELIS, R. O. L'accueil des utilisateurs dans un service de la santé mentale: *l'importance de l'écoute du sujet*. Travail montré au Programme d'études supérieures de l'UERJ em 2013.

Ce travail cherche enquêter sur les impasses rencontrés par les professionnels qui travaillent à l'entrée d'un service public de la santé mentale. D'abord, nous voulons établir la théorie d'une clinique de l'accueil qui unit les concepts de la logique d'attention psychosociale à la clinique du sujet, à partir du travail qui se produit à ce service. L'écoute du sujet fonctionne comme une boussole pour l'accueil du utilisateur et les évolutions ultérieures, guidé par l'éthique de la psychanalyse. Il est vérifié la importance de la disponibilité des professionnels pour l'accueil du utilisateur et attendre un certains temps nécessaire pour que les questions sont abordées pour les professionnels. Quelques fragments de cas sont traités et ils démontrent que le pari dans le lien fondé sur le transfert est important pour la décision sur les renvois des utilisateurs. Dans ce contexte, nous cherchons la discussion de la importance du dialogue avec des membres de l'équipe et de l'articulation avec les plusieurs services pour l'accueil. Cette discussion permet une réflexion sur les changements nécessaires dans le travail sur ce service de manière à ne pas reproduire les pratiques des anciens modèles centrés sur l'hôpital et le médicament, montrant son importance dans un réseau qui est créé chaque fois autour de l'utilisateur.

Mots-clé : Service public. Santé Mentale. Accueil. Sujet. Réseau.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1- A CLÍNICA DA RECEPÇÃO.....	14
1.1 Porta de entrada: a chegada ao tratamento.....	14
1.2 Demanda e desejo.....	30
1.3 A ética da psicanálise na saúde mental.....	32
2- O TRABALHO EM EQUIPE.....	41
2.1 A interlocução a partir do não-saber.....	41
2.2 Por que trabalhar em rede?.....	46
2.3 O que podemos transmitir a partir da psicanálise?.....	50
3- REFORMANDO O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: IMPASSES E POSSIBILIDADES.....	53
3.1 O lugar do ambulatório em meio aos novos dispositivos na rede de saúde.....	53
3.2 A organização dos serviços e a ação micropolítica.....	61
3.3 A rede de saúde mental: articulações possíveis.....	63
CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

INTRODUÇÃO

Esta dissertação procura investigar os limites e as possibilidades do trabalho realizado por profissionais na porta de entrada de um ambulatório público de saúde mental. As dificuldades no acolhimento de novos usuários ocorrem tanto no âmbito interno, onde nem sempre há disponibilidade para a realização deste trabalho e são raros os momentos de interlocução com a equipe, quanto externo, na articulação com outros dispositivos da rede. São apresentadas algumas contribuições da psicanálise para uma clínica nesse serviço, levando em conta as questões de cada sujeito em sua singularidade. As discussões apresentadas nesta dissertação surgiram a partir da experiência vivida em um ambulatório de saúde mental, localizado na zona oeste do Rio de Janeiro.

Os impasses enfrentados na clínica que se desenrola em um ambulatório público é um tema que tem sido investigado por diversos autores, dentre os quais podemos destacar o trabalho de Ana Cristina Figueiredo, “Vastas Confusões e atendimentos imperfeitos” (1997), onde é apresentada a especificidade do trabalho do analista no ambulatório. A autora traça o perfil do psicanalista que convém ao serviço público, que é aquele que sabe conviver com as outras especialidades, sem abrir mão da especificidade do seu trabalho. Neste contexto, fica mais evidente a tarefa do analista em sustentar a ética da psicanálise e transmiti-la aos membros da equipe em discussões clínicas. A inserção da psicanálise em instituições de saúde mental também é objeto de estudo da pesquisa intitulada “A Psicanálise no campo da saúde mental: a clínica como política” orientada pela professora Doris Rinaldi na UERJ, da qual participo desde 2011.

O foco deste estudo é o funcionamento da porta de entrada do referido ambulatório. No entanto, como o trabalho de recepção demanda uma articulação com outros serviços da rede, inclusive com outros ambulatórios, também será analisado brevemente o trabalho de recepção que é realizado em diversos serviços da área programática (AP) 5.1¹, onde se situa este ambulatório.

O interesse em escrever sobre a recepção em um serviço de saúde mental surgiu a partir de minha inserção como psicóloga no ambulatório, quando pude, junto a colegas

¹ O município do Rio de Janeiro está dividido em dez áreas programáticas. A AP 5.1 compreende os seguintes bairros: Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.

do serviço, observar o esvaziamento dos grupos de recepção, o que nos levou a questionar o modo como estávamos conduzindo este trabalho. Um número relevante de usuários agendados não comparecia ao grupo ou, quando compareciam ao primeiro encontro, não retornavam nos seguintes. Contribuições importantes sobre este tema são encontradas em uma publicação do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB), Cadernos IPUB - A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental (2000), que traz os desafios enfrentados na clínica da recepção a partir de relatos sobre o funcionamento da porta de entrada do próprio serviço. O grupo de recepção foi um dispositivo criado com o objetivo de agilizar e qualificar o atendimento nos serviços de saúde mental. Havia um problema da formação de longas filas de espera para atendimento nos ambulatórios de saúde mental, devido a enorme demanda direcionada a estes serviços. As filas de espera provocam uma suspensão do pedido dos usuários por um tempo muito longo e, muitas vezes, quando eles são chamados, já deram outra direção para sua demanda. A recepção em grupo possibilita que se acolha o usuário tão logo ele busque ajuda.

O desafio é que não se perca a qualidade do atendimento ao aumentar sua oferta. A psicanálise nos mostra a importância de valorizar a fala da pessoa e de aguardar um tempo necessário para que se apresentem questões singulares, referidas ao sujeito, que é dividido devido à existência do inconsciente, como Freud nos apresenta. Há uma pressão nos serviços públicos para que se dinamize o fluxo dos atendimentos realizando trabalhos em grupo, o que nos coloca o desafio de escutar a particularidade em um espaço coletivo. Como a saúde é um direito de todos, os serviços públicos enfrentam dificuldades para garantir o acesso e oferecer tratamento a todos que precisam.

É interessante observar que este tema da recepção também foi abordado por uma profissional de um serviço de saúde mental da mesma área programática onde trabalho², pelo que nos parece, não por coincidência. Pelo que observamos na bibliografia utilizada nesta dissertação e nas discussões nos espaços coletivos, trata-se de uma questão que preocupa e afeta grande parte dos profissionais da área de saúde mental.

Nas práticas de saúde, não somente na área de saúde mental, há uma busca de se promover um atendimento mais humanizado. O acolhimento do usuário é uma das diretrizes importantes da Política Nacional de Humanização³, que vem reforçar os

² Ver o trabalho: OLIVEIRA, L. *Reflexões sobre a noção de demanda e a escuta do analista nos grupos de recepção de saúde mental*. Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ em 2011.

³ Para maiores detalhes sobre esta política ver: Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base*. 3. ed. Brasília, 2006.

princípios do Sistema único de saúde (SUS), objetivando provocar mudanças nos serviços tanto na forma de gerir quanto de cuidar. Dentre estas propostas de mudanças está o compromisso de tornar o SUS mais acolhedor e resolutivo, melhorando as condições de trabalho para oferecer um cuidado integral aos usuários. Acolhimento é definido como um ato de se aproximar, escutar e reconhecer o outro em suas diferenças e seu modo de estar na vida (BRASIL, 2010).

A prática de acolhimento preconizada por esta política está colocada para todos os profissionais de saúde, os quais, dentro da especificidade de sua área de abordagem, trarão contribuições para o trabalho de recepção. A partir do referencial psicanalítico, ao utilizar a escuta analítica como ferramenta, o profissional possibilita a emergência da dimensão inconsciente da fala, trazendo à tona a divisão do sujeito. Nesta perspectiva, pode-se produzir algum endereçamento que possibilite um trabalho clínico, orientado pela psicanálise, como veremos nesta dissertação.

Oferecer uma primeira escuta assim que o usuário procura o serviço garante o acesso, mas não significa que ele será inserido naquele serviço, depende da demanda que será construída na recepção. Pode ser importante encaminhar o usuário para outro serviço e é preciso cuidado neste momento de encaminhamento, fazendo as articulações necessárias. Na prática, nos deparamos com a dificuldade dos serviços de receberem usuários novos, com a justificativa de já estarem sobrecarregados. Com o acolhimento e os grupos de recepção garantimos o acesso a todos que buscam ajuda, mas há uma dificuldade em garantir a continuidade do tratamento iniciado.

Nesta pesquisa, foram utilizados fragmentos de casos clínicos e de falas de profissionais que trabalham na porta de entrada dos serviços de saúde mental, para trazer à tona os impasses advindos da prática. Estas falas foram recolhidas através da participação e posterior reflexão sobre o que era trazido nas reuniões de equipe dentro do ambulatório onde trabalho e nos espaços onde se encontram profissionais de diferentes serviços da área programática, onde está inserido este ambulatório, como as supervisões clínicas e os encontros dos Fóruns de Saúde Mental. Também foi feita a leitura de alguns registros no livro do acolhimento e do grupo de recepção do ambulatório já mencionado.

Em busca de uma articulação entre teoria e prática foram pesquisados conceitos psicanalíticos nas obras de Freud e de Lacan e de autores que discutem a inserção da psicanálise nos serviços de saúde mental. E, como Freud nos ensina, é através dos

impasses que ocorre o avanço da clínica. Pensar e escrever sobre o trabalho realizado é uma forma de recolher os efeitos desse, o que só é possível *a posteriori*.

No capítulo 1, “A clínica da recepção”, apresentamos o funcionamento da porta de entrada do ambulatório que está sendo abordado nesta dissertação e os impasses enfrentados neste momento de chegada. O que significa acolher o usuário? Quem recebe é responsável pelo trabalho inicial de construção de um vínculo do usuário com a instituição que pode possibilitar a construção de uma demanda singular de tratamento. O modo como o profissional que participa do acolhimento e coordena o grupo de recepção se posiciona será decisivo para os desdobramentos e encaminhamentos posteriores. Neste momento inicial, ao sermos tomados por uma urgência de direcionar as questões e o usuário, corremos o risco de não considerar o sujeito, tal qual a psicanálise nos apresenta, como sujeito do inconsciente. Ao trabalharmos com esta perspectiva, apostamos que há um sujeito que pode advir a partir de um encontro com aquele que escuta, mas não sabemos o tempo que isso levará para acontecer. Porém, nem todos os que chegam a um serviço de saúde mental irão se tratar com psiquiatra ou seguir acompanhamento com psicólogo. E é bom que isto seja assim, pois se corre o risco de psicologizar ou psiquiatrizar quaisquer questões. Acolher a fala do usuário, suportar um tempo de espera para a construção e desconstrução de demandas e poder encaminhar para diferentes tipos de tratamento são os objetivos dos atendimentos no grupo de recepção.

Neste primeiro capítulo abordamos também a contribuição da ética da psicanálise ao trabalho realizado no campo da saúde mental. São analisados paradigmas e ideais totalizantes que regem práticas padronizadas e burocráticas. A própria psicanálise pode ser utilizada de uma forma padronizada e quem dela se utiliza desta maneira pode ignorar seu principal fundamento, que é a consideração do sujeito do inconsciente, radicalmente singular.

No capítulo 2, “O trabalho em equipe”, são analisados alguns fragmentos clínicos que mostram a importância do trabalho em equipe, bem como, os impasses enfrentados na articulação entre profissionais de diferentes especialidades e de diferentes serviços da rede de saúde. Ao se tomar o caso clínico como eixo, é possível realizar um trabalho, onde as especificidades de cada saber participem da criação de um direcionamento singular. Ao reconhecermos a impossibilidade de um saber total sobre o usuário, podemos construir parcerias que possibilitem a continuidade do cuidado.

No capítulo 3, “Reformando o ambulatório de saúde mental: impasses e possibilidades”, apresentamos uma discussão sobre as mudanças ocorridas na proposta de cuidado em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e a correlata necessidade de reformular o modelo de tratamento no ambulatório. É preciso repensar a função do ambulatório, que anteriormente funcionava articulado apenas aos hospitais psiquiátricos, no contexto da Reforma Psiquiátrica que traz novos dispositivos de acolhimento e cuidado em saúde mental.

No entanto, o ambulatório apresenta dificuldades para promover a mudança proposta pela reforma, pois tradicionalmente ele apresenta práticas solitárias de trabalho, com pouca articulação entre os membros da equipe e com outros dispositivos da rede.

Esta articulação pode ser necessária, dependendo de cada situação clínica, possibilitando a partir deste contato a criação de uma rede de suporte para o usuário, formada contingencialmente, a partir das demandas que serão construídas por cada um. Só que isto dá trabalho, sendo mais simples repetir protocolos de condutas, correndo o risco de reproduzir práticas que se enquadram no modelo hospitalocêntrico e medicalizador.

O entendimento de um novo modo de se trabalhar no ambulatório na atual configuração da rede de saúde mental, que está em permanente construção, definirá os casos que serão escolhidos para a inserção no ambulatório ou encaminhados para outros dispositivos da rede.

Com a criação dos CAPS e, mais recentemente, das Clínicas das Famílias e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), o ambulatório tem a oportunidade de se questionar sobre o trabalho que realiza. O Programa de Saúde da Família atua numa perspectiva de promoção de saúde, na lógica da integralidade, com uma intervenção no território. Os princípios de atuação das equipes de Saúde da Família se aproximam dos das equipes de Saúde Mental, tais como, atuação a partir do contexto familiar, a continuidade do cuidado, privilegiando a criação de vínculos entre os profissionais e os usuários, e a organização em rede. A proposta de articulação das equipes para a produção de cuidados em saúde mental no território apresenta-se como fundamental, uma vez que trabalhar em equipe e em rede traz novas perspectivas para casos graves, que exigem a interlocução de profissionais de diferentes serviços.

CAPÍTULO 1

A CLÍNICA DA RECEPÇÃO

1.1 : PORTA DE ENTRADA: A CHEGADA AO TRATAMENTO

Antes de discutirmos sobre o funcionamento atual da porta de entrada do ambulatório de saúde mental da zona oeste do Rio de Janeiro que iremos apresentar neste trabalho é importante situar o serviço, trazendo um pouco de seu histórico⁴.

Inicialmente, neste ambulatório havia apenas um serviço de psiquiatria, que prestava atendimento ambulatorial e de emergência, coordenado por um psiquiatra psicanalista que queria modificar o atendimento prestado neste serviço, que desenvolvia intervenções pautadas na lógica manicomial. Ele se interessou em implantar um ambulatório de saúde mental e para isso solicitou que uma psicóloga da unidade passasse a compor a equipe. Posteriormente, chegaram outros psicólogos. Havia muitos psiquiatras psicanalistas no ambulatório e estes passaram a realizar com os psicólogos grupos no formato de grupos de recepção, que hoje funcionam na porta de entrada da maioria dos serviços. O acompanhamento dos usuários era realizado em parceria com os psicólogos.

O que norteava a ação destes profissionais era uma preocupação em reduzir a prática indiscriminada de internações psiquiátricas em clínicas e propor uma alternativa a esta. Para isso, era realizado um trabalho de fiscalização destas clínicas, através de visitas, que, por vezes, resultavam em indicação de fechamento de algumas delas por desenvolverem práticas desumanas de “tratamento”. Em paralelo, iniciou-se no ambulatório um trabalho interdisciplinar, passando a ser oferecido um tratamento que ia além do medicamentoso, prestado por uma equipe multidisciplinar.

Esta primeira constituição de uma equipe multidisciplinar ocorreu no final da década de 80. No decorrer da década de 90, muitas mudanças ocorreram, foi um período de intensa participação da equipe nas reuniões de coordenadores das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro, favorecendo o compartilhamento de experiências que estavam ocorrendo na rede. A equipe ia a outros serviços de saúde mental para vivenciar a experiência da porta de entrada destes com o objetivo de

⁴ Este breve histórico sobre a constituição deste ambulatório de saúde mental foi construído a partir de entrevistas realizadas com um psiquiatra, Carlos Eduardo Estellita Lins e uma psicóloga, Maria Etiene de Souza que participaram deste momento de origem do ambulatório. Ele já constituía a equipe de psiquiatria e ela foi a primeira psicóloga do serviço de saúde mental que se pretendia implantar. Agradecemos por estas preciosas contribuições.

implantar um novo funcionamento no ambulatório onde trabalhavam. Havia um grande investimento destes profissionais no trabalho realizado, ficavam no serviço o dia inteiro e promoviam cursos de saúde mental para a rede. Havia também um maior investimento da secretaria de saúde em alguns profissionais, pois para os servidores federais eram oferecidas melhores condições salariais.

Cabe ressaltar que o movimento de mudança neste ambulatório coincidiu com os momentos mais produtivos da Reforma Sanitária brasileira, com a construção do SUS, criado a partir da Constituição de 1988. Já na década de 70, surgiu o “movimento sanitário”, com propostas de mudança nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, com maior participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). O início do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporâneo deste movimento.

Em 1978, começaram a ganhar força movimentos pela luta dos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, com o protagonismo do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado por trabalhadores, familiares e pacientes com longo histórico de internações psiquiátricas, que passaram a denunciar a violência dos manicômios e a criticar o modelo hospitalocêntrico de assistência a pessoas com transtorno mental. Em 1989, é apresentado no Congresso Nacional um projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que originou a lei 10.216 implementada em 2001, redirecionando a assistência em saúde mental.

Muitos profissionais dos serviços de saúde mental, situados na rede municipal de saúde se conheciam e se ajudavam. No entanto, os psiquiatras que lideravam o movimento de mudança que descrevemos neste ambulatório receberam propostas para exercerem cargos de coordenação em outros serviços, ou, por motivos pessoais saíram do ambulatório. Os profissionais que os substituíram não sustentaram o trabalho que estava se desenrolando.

Após a implantação do Centro de atenção psicossocial (CAPS) na AP 5.1 (em 2000), houve um movimento de retomada das articulações entre os profissionais dos diferentes serviços, com a realização dos Fóruns de saúde mental, já incluindo outros setores além da saúde, como educação e Justiça. Houve também um importante suporte com o início das supervisões clínico-institucionais, oferecidas inicialmente somente ao CAPS e depois para toda a rede de saúde. No entanto, o entusiasmo que se observava no início da constituição do ambulatório de saúde mental referido nesta dissertação já não se notava nos profissionais. Não havia também o envolvimento da maioria dos

psiquiatras nestas articulações, o que acreditamos ser devido, em parte, ao fato de que passaram a serem lotados na unidade, em sua maioria, psiquiatras com perfil mais organicista, que não acreditavam no benefício para o paciente de uma abordagem multidisciplinar.

Neste momento de mudança de profissionais neste ambulatório, houve um período de caos, por não haver uma organização da porta de entrada e com isso longas filas de espera para atendimento se formaram. Com a implantação dos grupos de recepção, organizou-se melhor o funcionamento do ambulatório. Poucos foram os psiquiatras que se interessaram em participar da porta de entrada. Algumas experiências com participação de psiquiatras nos grupos não foram bem sucedidas, pois estes não aguentavam esperar para avaliar a demanda que era apresentada, já prescreviam uma medicação precipitadamente.

O ambulatório conta atualmente com uma equipe de três psicólogas, uma musicoterapeuta, três psiquiatras e uma técnica de enfermagem que também é coordenadora do serviço. Está inserido em um serviço de saúde que apresenta diversas especialidades, dentre elas, clínica médica, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, nutrição e terapias alternativas (acupuntura e exercícios para os idosos, por exemplo).

A porta de entrada do ambulatório é atualmente dividida em dois espaços de escuta e avaliação de demandas: o Acolhimento e o Grupo de Recepção. O primeiro contato do usuário com o serviço é o Acolhimento que é uma entrevista individual. Para dar continuidade à avaliação e construção de demandas, o usuário pode ser encaminhado para o grupo de recepção, caso se perceba que ele tem condições de estar em grupo. O usuário pode ter também outros destinos depois do Acolhimento: retorno para mais uma entrevista individual, agendamento para atendimento psiquiátrico e/ou psicológico individual, inclusão no grupo de usuários de álcool e outras drogas e encaminhamento para outros serviços.

Qualquer situação encaminhada para o serviço de saúde mental não é agendada para o médico sem passar por esta avaliação da demanda. Consideramos isto importante, pois favorece que se criem novas possibilidades de tratamento, que não apenas o medicamentoso.

No entanto, consideramos que seria importante a participação dos psiquiatras na porta de entrada, pois muitas vezes há questões médicas também a serem vistas neste momento e nem sempre contamos com o psiquiatra para nos ajudar na avaliação do usuário. Quando solicitamos a avaliação psiquiátrica, esta só consegue ser agendada

geralmente para os meses seguintes. Esta ausência do psiquiatra no momento de recepção do paciente contraria, inclusive, uma recomendação de que o grupo de recepção deva ser coordenado de preferência por dois profissionais de diferentes especialidades (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2005).

São três os principais ambulatorios de saúde mental da AP 5.1. O acesso aos serviços ocorre de uma forma semelhante, mas com particularidades de acordo com a equipe que está no serviço, com o momento político e as demandas institucionais internas. No entanto, a concepção de um espaço de avaliação e acolhimento prévio à inserção no serviço está presente em todos eles, não importa a linha teórica que sustenta o trabalho de cada um, pois nem todos são orientados pela psicanálise. Nos três serviços, é rara a presença de psiquiatras neste espaço, alguns por falta de interesse, outros por não disporem de agenda livre para este trabalho. Em todos os serviços o agendamento de primeira vez para psiquiatria já foi interrompido por algum tempo, por falta de médicos.

Nos outros ambulatorios da AP 5.1, a primeira escuta já é realizada no grupo, mas, no serviço mencionado, a equipe decidiu manter o acolhimento individual, por entender que nem todos conseguiriam expor suas questões no grupo. Entretanto, muitas vezes, é necessário dar continuidade ao trabalho de construção de demanda e não é possível fazer isto individualmente para todos os casos, devido a grande procura de atendimento e um número insuficiente de profissionais para receber os usuários. Desta forma, para muitos usuários, este trabalho é continuado no grupo de recepção. Alguns usuários, inclusive, preferem o atendimento em grupo, o que nos mostra que não devemos desconsiderar os efeitos do trabalho em grupo.

Tenório (2000) apresenta a mudança ocorrida na porta de entrada do Instituto de psiquiatria da UFRJ (IPUB), com o início dos grupos de recepção em 1995, a partir da avaliação de que o antigo modelo de triagem era insatisfatório. Havia concepções de que era o transtorno mental e seu tratamento que precisavam ser superadas, pois reduziam a clínica à supressão de sintomas pelo tratamento farmacológico. O autor ressalta a importância da mudança do modelo de triagem que ocorria na porta de entrada para uma clínica da recepção. A triagem relacionava-se a idéia de separar o que a instituição podia ou não atender. Já a recepção traz à tona a dimensão terapêutica e de acolhimento. O autor relata que os grupos de recepção foram criados para agilizar e qualificar o atendimento no serviço de saúde mental. Os usuários não deveriam esperar

muito tempo para uma primeira escuta e a recepção já se constituía como um ato terapêutico que visava “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa”.

“Desmedicalizar” e “subjetivar” significa trazer à tona a dimensão subjetiva e a implicação da pessoa naquilo de que se queixa. Diante de um pedido de resposta e solução imediata, propiciamos um questionamento sobre o sintoma que o usuário apresenta, acreditando que ele tem um sentido ligado a sua experiência e apostamos que é possível modificar sua relação com o que lhe traz sofrimento.

Para tal trabalho é preciso tempo, um tempo de suspensão que pode operar algum deslizamento na fala que nos é dirigida (TENÓRIO, 2000). Este tempo tem por objetivo também esperar que se produza um endereçamento do usuário e avaliar as variáveis que estão em jogo em cada caso: quais os recursos terapêuticos disponíveis, pois não necessariamente o usuário será absorvido no ambulatório que o acolheu; saber se há familiares ou pessoas com quem o usuário conta, pois às vezes ele se encontra em situação de vulnerabilidade emocional e social; considerar se há necessidade de se encaminhar questões referentes ao trabalho, pois muitas vezes, é preciso que o usuário se afaste do trabalho e recorra a um auxílio previdenciário, dentre outras. Após tal avaliação é possível traçar uma primeira estratégia terapêutica.

“Desmedicalizar” não significa não responder com um tratamento medicamentoso, pois este se mostra necessário em muitos casos, mas não se precipitar em dar uma resposta qualquer que seja: pode ser o remédio, mas também um diagnóstico ou uma interpretação.

O acesso ao serviço de saúde mental do referido ambulatório melhorou nos últimos anos, não sendo mais necessária a formação de uma fila que se iniciava ainda de madrugada para conseguir uma vaga. Quando cheguei ao serviço há aproximadamente cinco anos eram oferecidas seis vagas semanais para acolhimento; hoje são acolhidas quantas pessoas chegarem ao serviço na parte da manhã. Em contrapartida surgiu outro problema: após este primeiro contato que ocorre no mesmo dia que a pessoa busca o serviço, ela pode esperar cerca de um mês para continuar sua avaliação no grupo de recepção e mais um tempo para iniciar um acompanhamento no serviço, com exceção das situações que são consideradas como urgência.

Segundo o documento elaborado pela prefeitura do Rio de Janeiro (2005) há casos que devem ter prioridade para atendimento em ambulatório de saúde mental: transtornos depressivos, transtornos de uso de substâncias, a esquizofrenia, a epilepsia, a doença de Alzheimer, o retardo mental e os transtornos da infância e adolescência.

Além destes, devem ser incluídas situações de violência doméstica e urbana, tentativas de suicídio e outras situações de risco psicossocial. Pessoas que saíram de internações psiquiátricas e outras em processo de alta dos CAPS também devem ter prioridade no atendimento. O ambulatório referido neste trabalho atende todos estes tipos de casos, mas podemos perceber que são muitas as prioridades e cada caso que chega tem um grau de sofrimento que não deve ser julgado de acordo com a classificação, mas sim pelo discurso do usuário. Consideramos que todas as pessoas que estão em sofrimento mental por diferentes motivos devem ter sua demanda escutada, avaliada e encaminhada para acompanhamento, quando necessário.

De acordo com o que observamos na condução dos grupos de recepção, e também na pesquisa realizada nos registros do livro de acolhimento e do grupo, as principais demandas que chegam à Saúde Mental são: psicóticos estabilizados ou em crise, neuróticos que se queixam de conflitos familiares, queixas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, pessoas que apresentam sintomas depressivos e ansiosos, crianças “agitadas” e/ou com dificuldade de aprendizagem trazidas por demanda dos pais, pediatra ou escola, situações de violência doméstica ou dentro da comunidade, pessoas que sofreram perdas e estão em processo de luto, etc. A chegada ao serviço se dá por demanda espontânea ou através de encaminhamento de setores da própria unidade e de outras unidades de saúde da rede, e de outros setores tais como escolas e conselho tutelar.

Conforme já foi mencionado, notamos um esvaziamento do grupo de recepção nos últimos dois anos, aproximadamente. Alguns usuários agendados não comparecem ou não finalizam o grupo. Muitos fatores podem estar envolvidos nesta situação, como o fato de o usuário haver se deparado com questões difíceis e não sustentar avançar mais. Este esvaziamento também pode ser fruto da demora para o início do grupo. Consideramos que no sofrimento que é trazido por cada um, há questões que implicam o sujeito e o modo como ele se posiciona frente ao Outro. Propomos escutar mais o usuário neste momento inicial e muitos não têm esta expectativa, esperam ver logo o médico para serem medicados.

No entanto, o modo como coordenamos o grupo parece interferir na continuidade do acompanhamento. Algumas intervenções podem levar o usuário a querer voltar para falar mais e outras podem provocar seu afastamento, ou porque foram

“selvagens”⁵ ou por trazerem falsas soluções. Na perspectiva da psicanálise a formação dos sintomas é um processo complexo cuja causa é inconsciente, havendo uma resistência psíquica para superá-los. No entanto, revelar esta resistência não é suficiente para eliminá-la, como nos diz Freud (1919[1918]), pois é preciso um trabalho de elaboração (FREUD, 1914). O conflito psíquico experimentado pelo usuário traz a marca da divisão do sujeito e não cabe ao analista tomar partido por um dos termos do conflito inconsciente (COTTET, 1989). Nas palavras de Freud:

Amiúde me têm sido pedidos conselhos sobre casos em que o médico se queixou de ter apontado a resistência ao paciente e, não obstante, mudança alguma ter-se efetuado; na verdade, a resistência tornou-se ainda mais forte e toda situação ficou mais obscura do que nunca...O analista simplesmente se havia esquecido de que o fato de dar à resistência um nome poderia não resultar em sua cessão imediata. Deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para *elaborá-la*, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise. (FREUD, 1914, p.202)

Alguns fragmentos clínicos corroboram estas indicações da psicanálise.

Certa vez, em um grupo de recepção, uma mulher falava de sua dificuldade de lidar com o marido, pois ele estava doente e precisando de cuidados, mas ela já não gostava mais dele. No passado, houve inclusive momentos em que ela havia pensado em se separar, após ter ocorrido situações de violência doméstica. Como motivos para não se separar foram citados a sua falta de condições financeiras e um sentimento de pena em relação a ele. Um psicólogo que coordenava o grupo fez uma interpretação, apontando que ela queria vê-lo sofrer, por isso não se separava. Tal interpretação foi recebida por ela com um enfático “não é isso”. Ela se sentiu ofendida, por não terem sido reconhecidas suas “boas intenções”. Manejamos a situação, ressaltando que era só uma hipótese e que ainda teríamos mais um tempo de acompanhamento e ela foi encaminhada para atendimento individual. Ou seja, é preciso termos paciência e aguardar, evitando interpretações neste momento inicial, afinal sabemos que ao se submeter à associação livre, o usuário pode construir sua própria interpretação sobre o seu sintoma.

Por outro lado, presenciamos no grupo situações em que a própria pessoa diz que já refletiu sobre algumas questões trazidas naquele espaço e pode seguir sozinha dali por diante. Uma mulher que havia se separado há anos e não conseguia superar a

⁵ Freud, em seu artigo “Psicanálise ‘Silvestre’” (1910), nos alerta para o perigo de fazer interpretações no início do tratamento, já que neste momento não há muitos elementos que indiquem a estrutura psíquica do paciente e por não haver uma transferência estabelecida.

separação, apesar de não pretender voltar para o marido, disse que resolveu sair e conhecer novas pessoas, por havermos “indicado” isto para ela. O psicólogo, ao ouvir a queixa inicial dela, havia dito que ela era muito nova ainda, e questionava o porquê dela não dar abertura para conhecer novas pessoas. Ela ouviu e seguiu esta indicação. Parece que a partir daí, houve um fechamento em seu discurso e ela parou de se questionar sobre a dificuldade que havia apresentado inicialmente. Deixamos indicado que ela poderia nos procurar em outro momento, caso precisasse. Mas, será que esta intervenção não foi precipitada? Deveríamos insistir que ela voltasse, apostando em um trabalho de luto?

Uma das observações feitas em uma reunião de equipe a respeito do trabalho com grupos em instituições de saúde mental é a de que uma das vantagens é que “a palavra circula mais”. Isto diz respeito à possibilidade dos próprios membros do grupo fazerem intervenções que podem ter efeitos terapêuticos para alguns usuários. Por exemplo, não é incomum que pessoas que estejam em tratamento psiquiátrico e buscam o acompanhamento psicológico testemunhem que o remédio não acaba totalmente com o seu mal-estar. Isso pode produzir efeitos em quem chega ao serviço com um pedido inicial de medicação e ainda não iniciou uma “carreira psiquiátrica”. Por outro lado, essa possibilidade de múltiplas intervenções pode não ser acolhedora e ter efeitos de inibição do usuário. Uma mulher certa vez declarou: “quando estava no grupo alguém perguntou se eu só tinha tristeza para contar. Mas, é isso que eu tenho no momento.” Esta usuária permaneceu até o final do grupo e iniciou posteriormente acompanhamento individual. Outra pessoa poderia não voltar, após intervenções deste tipo que não fossem bem manejadas. O manejo realizado pelo coordenador do grupo mostra-se importante para que este dispositivo seja um espaço coletivo de acolhimento e não de julgamento entre os participantes.

O grupo geralmente é coordenado por duas psicólogas, o que pode ser um facilitador de sua condução (afinal, são duas escutando e cada uma pode estar mais atenta a questões diferentes), mas pode ser também um modo de organização que traz dificuldades, pois cada uma pode querer dar uma direção diferente ao que aparece no grupo. Uma estratégia interessante é definir que uma das profissionais ficará na coordenação do grupo e a outra estará mais em silêncio, observando e anotando o que for necessário para posterior discussão com a outra profissional.

Coordenar um grupo de recepção traz um desafio para quem assume tal função. É importante deixar que os membros do grupo façam comentários e ofereçam sugestões

uns aos outros, mas devemos considerar a particularidade de cada caso em um espaço coletivo. Além disso, devemos considerar que se trata de um grupo com duração determinada, entretanto, é possível que as pessoas criem vínculos entre si de amizade ou até mesmo que se forme um grupo terapêutico com alguns membros do grupo de recepção.

Apesar de produzir efeitos terapêuticos em alguns casos, o grupo de recepção é diferente de um grupo terapêutico. Ele tem como objetivo a avaliação e a construção e desconstrução de demandas. Não é incomum que as pessoas sejam encaminhadas por uma demanda que é de um profissional, algo que angustiou um médico ou um professor, por exemplo. Muitas vezes, a urgência de se resolver alguma situação que angustia leva a um encaminhamento quase que burocrático, sem que se considere a mínima implicação do usuário no estabelecimento de um tratamento. Algumas vezes é necessária uma intervenção junto a quem encaminhou de modo a situar e dar direção àquilo que o incentivou a fazer o encaminhamento. O grupo parece ser um espaço apropriado para se equivocarem estas demandas e criar a possibilidade de construir uma demanda própria do usuário.

Algumas pessoas são encaminhadas ao serviço de saúde mental, sem sequer terem sido escutados adequadamente por quem encaminhou e não sabem nem porque precisariam ser atendidos por um psicólogo. Certa vez, um homem que apresentava tremores constantes e dificuldade na realização de movimentos nos procurou. Em uma consulta médica ele havia falado que era nervoso e o encaminharam para um psiquiatra sem pesquisarem suas condições clínicas, através de exames. No grupo de recepção, ele falou da sua dificuldade de realizar atividades do cotidiano, devido aos tremores frequentes e que esta situação o deixava nervoso, havendo muitas discussões com as pessoas. Encaminhamos o usuário para um neurologista, pois suspeitamos que se tratasse de mal de Parkinson e dissemos a ele que poderia nos procurar para falar mais sobre ser nervoso. Ele não voltou. Nem todo mundo que é nervoso precisa ou quer tratamento para isso. Por outro lado, às vezes questionamos se, ao estarmos atentos às condições clínicas do usuário e as suas necessidades de saúde, deixamos de escutar questões referidas ao sujeito, tal qual a psicanálise o define. É como andar na corda bamba. Se pender muito para um lado corre-se o risco de perder um usuário que poderia se beneficiar também de um trabalho analítico. É preciso estar disponível para que algum endereçamento de demanda possa se delinear. Neste caso, poderíamos ter solicitado que ele retornasse, de uma forma mais enfática, não apenas sugerindo que ele

nos procurasse, caso quisesse falar mais, afinal não sabíamos de que “nervosismo” se tratava. Inclusive ele poderia ser avaliado pelo psiquiatra do serviço e posteriormente ser encaminhado ao neurologista, se fosse o caso. Talvez tenhamos nos precipitado com a preocupação de haver uma situação de origem orgânica mal avaliada. No início da psicanálise, Freud mostrava-se preocupado em estar desconsiderando alguma doença de base orgânica, enquanto tratava as histéricas. Entretanto, isto não o impediu de avançar na invenção da psicanálise, fundando um campo novo e alcançando efeitos importantes como podemos encontrar descritos em sua obra.

Seria importante que a clínica médica resgatasse uma clínica baseada na escuta e na relação de confiança entre médico e paciente, podendo suportar um endereçamento que é feito ao médico e não encaminhar os pacientes a uma especialidade “psi” precipitadamente (FIGUEIREDO, 2007). Neste caso, poderia haver um momento de discussão de caso prévio ao encaminhamento, até para se pensar sobre a necessidade deste. Entretanto, mesmo que o usuário chegue porque “o médico mandou”, sem entender o motivo do encaminhamento, é possível que na recepção deste se construa uma demanda para os “psis”.

Em grupo, direcionamentos são propostos, sofrimentos são compartilhados e projetos terapêuticos podem vir a se delinear para cada um, a partir do manejo do coordenador do grupo, que estará atento ao que é singular para cada membro deste espaço coletivo. Verificamos na prática, que é possível que a escuta analítica opere em um grupo de recepção, produzindo efeitos para alguns usuários. E para um grande número de pessoas estar em grupo e compartilhar experiências, podendo refletir coletivamente sobre elas tem um efeito terapêutico. Além disso, a observação do modo como cada um se expressa ou deixa de se expressar no grupo contribui para o estabelecimento de uma hipótese sobre a estrutura clínica dos participantes deste.

No entanto, não devemos considerar que esta é a melhor ou única forma de receber usuários nos serviços públicos. Costa (1989), analisando situações vivenciadas em um ambulatório público, aponta que a escolha de oferecer aos usuários atendimento em grupo foi baseada na análise da demanda que era dirigida ao ambulatório e não apenas em uma necessidade prática do serviço em lidar com uma grande demanda. Ele afirma que não é uma escolha única e generalizável para o trabalho em ambulatórios públicos.

Utilizando como ferramenta a escuta analítica, neste momento é possível produzir estranhamentos e questionamentos em neuróticos, e construir a possibilidade de um espaço de existência para o psicótico.

Ayres (2004), ao apresentar alguns desafios no sentido de uma humanização das práticas de saúde, aponta que o tipo de escuta ofertada irá depender do horizonte normativo que orienta o trabalho. Caso este se preocupe apenas com a funcionalidade do organismo, a escuta é orientada para estratégias para monitorá-la e os aspectos subjetivos não são considerados ou são vistos como aquilo que atrapalha o trabalho. No entanto, se os fatores subjetivos são considerados como essenciais ao tratamento, pode-se escutar algo que tem a ver com a história do usuário e o tratamento passa a ter outro significado para este.

Cabe diferenciar então a escuta preconizada no acolhimento em serviços de saúde para a escuta analítica. Esta é uma ferramenta do trabalho analítico, que leva em conta a existência do sujeito do inconsciente. Podemos dizer que um atendimento humanizado deve ser oferecido por todos os profissionais de saúde, mas a escuta analítica é uma especificidade da psicanálise, que pode propiciar que se desenrole um trabalho analítico.

Neste trabalho de recepção é possível que se crie uma demanda de análise, mas o profissional não deve ter este como o único horizonte, pois esta expectativa pode atrapalhar a escuta do sujeito. Podemos considerar como uma dificuldade na construção de uma demanda de análise, uma idealização do analista em relação ao discurso do usuário, que muitas vezes não traz logo de início uma interrogação sobre o que se passa com ele e nem conflitos relacionados à infância ou à sexualidade. Em relação a isto, o autor afirma que não é pelo conteúdo das questões trazidas que podemos inferir que há um substrato inconsciente, em suas palavras:

Não são os conteúdos recitados que, por si, explicitam a *verdade* dos processos inconscientes. É a maneira como são tecidos, como são ditos, reditos, vividos, sentidos ou enfim contraditos por aparições súbitas de imagens ou palavras *sem sentido*. (COSTA, 1989, P. 29)

Na condução dos grupos de recepção, quando é discutida a possibilidade de encaminhar os usuários ao final do grupo, às vezes percebe-se um incômodo dos profissionais pelo fato do usuário não ter produzido um deslocamento em seu discurso, por não ter se implicado em seu sintoma e só trazer muitas queixas. Cabe questionarmos se não é o manejo do profissional no grupo, imerso em muitas expectativas e

idealizações em relação ao trabalho e ao usuário, que atrapalha na escuta das questões do sujeito. Além disso, é preciso aguardar o tempo do sujeito que não seguirá necessariamente o tempo de duração do grupo.

O grupo de recepção do ambulatório onde trabalho ocorre com um número de encontros determinado, que em geral são três, para ao final definir os encaminhamentos. A idéia de um tempo determinado e padronizado auxilia no funcionamento do serviço, mas atrapalha na condução dos casos, pois sabemos que não dá para definir *a priori* o tempo em que cada um poderá construir uma demanda de tratamento. Procuramos não funcionar de uma forma burocrática e às vezes realizamos mais encontros do grupo ou indicamos que uma pessoa retorne em outro grupo, se for necessário. Se quem recebe o usuário sustenta sua prática na psicanálise é possível aguardar um tempo de espera para propiciar a construção de uma demanda, apostando na emergência do sujeito. Ao dirigir um discurso ao analista não é o sentido deste que importa, mas a própria sustentação da fala do usuário. “Assim, não apenas o sentido desse discurso reside naquele que o escuta, como é também de sua acolhida que depende *quem* o diz...” (LACAN, 1955, p. 333). Acolher a fala do usuário implica em uma abertura ao novo, o analista não sabe *a priori* o que esta fala quer dizer e nem os efeitos de uma interpretação ou de seu silêncio. Ou seja, depende de quem escuta apostar na emergência do sujeito. A clínica se faz do que emerge e a há sempre algo de imprevisível nisto.

Na recepção é preciso que o usuário seja acolhido de tal forma que o sujeito possa emergir no ato mesmo do acolhimento. Trata-se de uma aproximação para que o usuário retome a fala. Quando há esta aproximação se produz algo do lado do usuário e também para aquele que escuta, caso ele seja tocado pela dimensão inconsciente da fala. Ambos se surpreendem quando emerge algo da dimensão subjetiva. Esta dimensão aparece quando reconhecemos que há uma exterioridade que pertence ao sujeito (MARON; BORSOI, 2007), uma “outra cena”⁶, da qual aquele que fala não se reconhece como participante, mas que diz respeito ao sujeito.

Devemos estar atentos também ao risco de uma excessiva psicologização da demanda (OLIVEIRA, 2000), quando há um encaminhamento indiscriminado de pessoas para a fila de espera para atendimento psicológico individual. Temos observado no ambulatório em pauta que frequentemente muitos usuários aguardam uma vaga para atendimento com psicólogo, após terem passado pelo acolhimento ou pelo grupo de

⁶ Em sua obra, Freud traz este caráter externo do inconsciente, na medida em que ele é desconhecido e não pode ser dominado pela consciência.

recepção, o que nos leva a questionar este encaminhamento. Será que todos eles apresentam demanda para um acompanhamento psicológico ou para análise? É preciso e possível esperar que esta demanda se produza no grupo ou apostamos que será num espaço individual que isto ocorrerá?

É preciso aceitar também que em alguns casos a demanda se esvazia no próprio espaço do grupo, ou são encontradas soluções diversas da oferta de tratamento. Como exemplo, podemos citar um grupo, no qual uma senhora queixava-se de solidão e, após aceitar um convite de outra participante do grupo para frequentar um grupo em sua igreja, sentiu-se muito melhor e ao final do grupo de recepção, já se mostrava mais animada e não se consolidou um pedido de tratamento em saúde mental.

O que une os usuários no grupo de recepção é o fato de estarem sofrendo e buscando tratamento, mas o caminho que cada um irá construir para se tratar é singular. Acolher é promover condições para que a pessoa fale sobre seu mal estar. A partir daí é possível que se crie novas soluções como alternativa aos caminhos estereotipados já percorridos (OLIVEIRA, 2000).

Na clínica da recepção estão em jogo as demandas do usuário, os recursos do profissional para acolher a demanda e as especificidades da instituição que recebe e dos dispositivos da rede disponíveis. Para a construção de uma intervenção possível é fundamental que nos despojemos da crença em tratamentos ideais e em pacientes ideais (RECHTAND; LEAL, 2000). Para que emerja a subjetividade do usuário é preciso levar em conta os limites presentes tanto em relação ao usuário quanto ao técnico ou aos recursos disponíveis.

Muitos chegam à instituição já com uma idéia prévia do que ela pode oferecer, na maioria das vezes buscam a medicação como solução para seu sofrimento e é difícil produzir o endereçamento da transferência a quem o atende, pois eles têm a expectativa de serem atendidos logo pelo psiquiatra. Nos ambulatórios da rede pública de saúde, há uma preocupação com a enorme demanda de usuários à psiquiatria. No entanto, é importante estarmos atentos aos movimentos de cada um no grupo e o manejo do coordenador pode abrir espaço para um desdobramento diferente do pedido inicial de medicamento.

Figueiredo (2000) nos chama a atenção em relação ao endereçamento, primeiro momento da transferência, que é um movimento próprio do usuário. A autora aponta que não é o profissional que comanda este movimento, ele não escolhe, é escolhido pelo usuário. Ao profissional cabe sustentar uma oferta, estar atento aos movimentos dos usuários e manejar a transferência. No grupo de recepção o endereçamento pode ocorrer

ou não, o profissional precisa ter paciência e esperar sem saber de antemão o que irá se produzir. Quando há um endereçamento a um psicólogo, já no espaço do grupo de recepção, procuramos viabilizar que ele seja atendido por este profissional. O encaminhamento que ocorre ao final do grupo, com a frequente mudança de profissional ou mesmo de instituição traz a necessidade de um manejo próprio a este trabalho.

Muitas vezes aqueles que buscam um serviço de saúde mental procuram uma solução rápida para seu problema, mas não podemos prever o tempo necessário e nem o caminho que será percorrido por cada um que se coloca a falar. Na perspectiva da psicanálise, Freud (1913) traz a indicação de que este tempo depende de como o analisando irá “caminhar”. Pra ilustrar esta indicação, Freud fala de um trecho da fábula de Esopo, quando um caminhante pergunta a um filósofo quanto tempo duraria sua viagem, e este responde “caminha!”, com a justificativa de que o tempo da jornada dependeria da amplitude do passo do viajante. Freud ainda complementa a comparação dizendo que na análise, é possível que o neurótico “altere o passo”.

Do lado do profissional, outras questões podem dificultar seu manejo no trabalho de construção de demandas. Atualmente, com a disseminação na mídia, de uma maneira banalizada, de diagnósticos tais como síndrome do pânico, TOC, entre outros, é muito comum que as pessoas se autodiagnostiquem e busquem remédio para um sofrimento que faz parte da vida. Por traz deste movimento estão as indústrias farmacêuticas, que investem pesado na produção e distribuição de novos medicamentos. Por outro lado, não podemos deixar de considerar que muitas pessoas adoecidas psiquicamente, que se beneficiariam de um acompanhamento não conseguem atendimento na rede pública. É um problema que está inserido na realidade da saúde pública no Brasil onde constatamos a falta de profissionais que atuam na rede pública. Entretanto, mesmo que houvesse mais trabalhadores atuando na saúde mental na rede pública não seria possível dar conta da demanda cada vez maior de usuários, devido à especificidade de nosso trabalho que requer um tempo maior de acompanhamento.

Por sua vez, fatores políticos interferem na clínica, colocando em risco a própria clínica. Recentemente, nesse serviço, houve uma mudança na organização da porta de entrada, devido à tragédia ocorrida em uma escola, na qual morreram diversas crianças. Autoridades governamentais argumentaram que se o rapaz que as matou procurasse ajuda em nosso serviço não teria conseguido pelo número pequeno de vagas disponibilizadas. Na época recebíamos seis usuários novos por semana, além de situações consideradas de urgência, que avaliávamos que não poderiam esperar. A

direção do serviço determinou então que houvesse uma maior oferta de acesso ao ambulatório, funcionando com acolhimentos durante todo o expediente. Isto ampliou o acesso, mas dificultou o fluxo de encaminhamentos já que havia uma dificuldade dos profissionais em disponibilizar vaga para acompanhamento dos casos novos. Realizamos uma discussão sobre a questão, na qual foi ressaltado que garantir o acesso não significa necessariamente o início de um tratamento que demandaria muito tempo. É preciso que se considere que fazemos parte de uma rede de saúde mental, na qual todos os serviços têm a responsabilidade de acolher quem chega, mas é preciso organizar o fluxo de encaminhamentos dentro da rede, de acordo com a necessidade de cada caso.

No entanto, mesmo para fazer este trabalho de encaminhamento é necessário um tempo para se promover articulações necessárias e algumas situações não podem esperar. Há uma responsabilidade colocada para quem recebe os usuários, às vezes casos graves, que demandam que a equipe esteja disponível para atendê-los, mesmo que se faça um encaminhamento posterior. Logo, é complicado assumir a responsabilidade por muitos casos e depois não conseguir dar prosseguimento ao trabalho de uma forma adequada. Não defendemos nem o fechamento da porta de entrada e nem uma abertura sem limites. Após nova discussão com a direção decidimos limitar a porta de entrada e passamos a realizar acolhimentos diários, mas só no turno da manhã. Atualmente, a equipe do ambulatório questiona até se é possível manter a recepção diária pela parte da manhã, pois verificamos o surgimento de uma lista de espera para iniciar os grupos de recepção e de outra para acompanhamento psicológico.

Mesmo não havendo a possibilidade de absorver todos os usuários que chegam ao ambulatório é importante que se mantenha o trabalho de recepção, pois sua função primeira é avaliar e acompanhar a situação até que ela seja encaminhada (OLIVEIRA, 2000). Além disso, a porta de entrada de um serviço pode funcionar como um espaço potente e decisivo para se pensar e construir novas formas de condução da clínica. Novas soluções e novos problemas surgem com o desdobramento do trabalho do grupo de recepção. O essencial é interrogarmos sempre essa prática em prol da clínica.

Podemos perceber que, em algumas situações, a gestão do serviço desconhece ou desconsidera a especificidade de nosso trabalho. Mas, é preciso insistir, colocando a clínica como eixo da prática. Entretanto, muitas vezes a instituição pauta a sua conduta na produção de resultados rápidos e visíveis, que geram números para a gestão, desconsiderando assim a dimensão clínica. Dentro da própria equipe de saúde mental

podem-se perceber efeitos decorrentes da pressão em receber um maior número de usuários. Em uma discussão sobre o grupo de recepção alguém propôs que deveríamos proibir a permanência do usuário no grupo, caso este faltasse a algum dos três encontros, pois, neste caso, estaríamos compactuando com a neurose dele e ocupando a vaga de quem “realmente quer” se tratar. Desta forma, desconsidera-se que a falta faz parte do trabalho, podendo ser manifestação de resistência, a qual deve ser manejada. Freud nos indica isto em “A dinâmica da transferência” (1912) ao apresentar as duas vertentes da transferência: motor e resistência ao tratamento. A resistência aparece como obstáculo ao tratamento analítico, sendo um momento de fechamento, que requer um manejo realizado pelo analista de forma a promover uma abertura ao trabalho do inconsciente.

O acolhimento é o primeiro momento da constituição de uma demanda à instituição. É importante considerarmos que a pessoa busca um serviço de saúde mental em uma instituição de saúde e não o analista em seu consultório. Mas, a psicanálise nos oferece elementos que auxiliam no manejo das situações clínicas, neste momento inicial.

Tenório (2000) aproxima os pressupostos das entrevistas preliminares em psicanálise aos do trabalho de recepção. Em psicanálise para que se produza um questionamento acerca da implicação de alguém naquilo de que se queixa e para que desperte um desejo de saber mais sobre isso é preciso um endereçamento ao analista nas entrevistas preliminares, estabelecendo-se um vínculo transferencial. No trabalho de recepção o endereçamento é à instituição, na maioria das vezes à psiquiatria. Os grupos de recepção são um lugar de passagem, mas que podem ter uma importante função de produzir uma primeira interrogação, um deslocamento mínimo no discurso do sujeito, o que pode possibilitar alguma mudança em sua posição frente a sua queixa, transformando-a numa pergunta. Esta pergunta pode possibilitar inclusive um encaminhamento para análise. Para que se inicie um trabalho analítico é preciso um “querer saber” sobre algo que lhe acomete. Ao falarmos de construção de uma demanda de análise é necessário nos determos um pouco sobre a distinção entre queixa, demanda e desejo para a psicanálise.

1.2 : DEMANDA E DESEJO

Na chegada do usuário, há um trabalho a ser realizado prévio a qualquer encaminhamento: a construção de uma demanda de tratamento. Quem nos procura apresenta suas queixas, que podem vir a se transformar em uma demanda, caso haja algum endereçamento de questões, algum pedido direcionado àquele que o recebeu.

Quando este trabalho de passagem da queixa à demanda ocorre ainda precisamos nos ater ao direcionamento que será dado a esta demanda. Há uma correlação entre a demanda de um usuário e aquilo que a instituição pode lhe oferecer? Ao trabalharmos, orientados pela psicanálise, concluímos que não se trata de responder à demanda do usuário (nem que seja para negá-la), mas de trabalhar com ele esta demanda. Até porque sabemos, conforme as indicações de Lacan, que o usuário quando demanda algo, não é necessariamente aquilo que está em questão, mas uma demanda de amor. “...a demanda anula a particularidade de tudo aquilo que pode ser concedido, transmutando-o em prova de amor...” (LACAN, 1958, p. 698). Em “O lugar da psicanálise na medicina” (1966), Lacan expõe o fato de que ao se responder a uma suposta demanda de cura do doente, algo sempre fica de fora, algo resta, nos remetendo ao registro do desejo.

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo da sua posição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. (LACAN, 1966, p.32).

Isso ocorre também com aqueles que se dirigem ao psicólogo ou chegam ao grupo de recepção. Às vezes aquele que nos procura está muito bem instalado em seu sintoma e nos pede unicamente que o deixemos desta forma. É compreensível que alguém queira um remédio para dormir ou se acalmar e não deseje ingressar em um trabalho que poderá angustiá-lo. O que favorece, então, que se queira iniciar um trabalho analítico? Somente quando o sofrimento que o sintoma causa for insuportável e quando se reconhece que o remédio não é suficiente para livrá-lo deste sofrimento, pode vir a despertar o desejo de saber mais sobre o que lhe afeta.

Mas, para o médico em geral, esta dimensão do sintoma, que tem a ver com o sujeito, não é considerada. Quando o médico não consegue encontrar um substrato orgânico para o sintoma, é muito comum que ele diga ao paciente “você não tem nada”,

desconsiderando o sofrimento histórico. A questão do sujeito não está incluída no discurso médico. Como ressalta Clavreul:

Não é senão num outro discurso que essa questão pode ser retomada, o que faz a psicanálise. Para ela não se trata de pretender preencher com seu saber as ignorâncias da medicina, como se elas fossem fortuitas. Pois não são ignorâncias, mas desconhecimentos, isto é, elas são sistemáticas e estruturantes para a construção do discurso médico. São, portanto, obstáculos epistemológicos que marcam os limites do saber e do poder médico, como marcam alhures os limites do discurso psicanalítico (CLAVREUL, 1978, p. 34).

A medicina irá buscar responder às demandas que lhe são dirigidas, enquanto a psicanálise considera que há algo da linguagem que escapa ao usuário, logo não se trata de responder às demandas, mas de acolhê-las para favorecer a emergência de algo que está para além da demanda e diz respeito ao desejo. Os médicos são bombardeados com propagandas milagrosas de novos medicamentos e critérios são criados de forma cada vez menos rigorosa para se classificar um paciente em determinado diagnóstico. São inúmeros os protocolos de tratamento a serem prontamente seguidos pelos médicos. No entanto, Lacan (1966) aponta que o médico pode se posicionar contra as exigências de produtividade de uma lógica capitalista, ao receber a demanda do paciente, estando atento a esta distinção entre demanda e desejo que a psicanálise traz.

Para a psicanálise, existe um desejo porque existe algo do inconsciente que escapa ao sujeito, pois há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência. Através da fala do usuário é veiculada uma demanda, que por sua vez, veicula algo do desejo. Somos movidos pelo desejo que não é desejo de algo específico, mas desejo de nada. Como diz Lacan: “o desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda. (...) É a mudança como tal...não é o novo objeto, nem o objeto anterior, é a própria mudança de objeto em si” (LACAN, 1959-1960, p. 344).

Aqueles que buscam ajuda em um serviço de saúde mental nos pedem que os livremos de seu sofrimento e os levemos a alcançar a felicidade. Não podemos responder à demanda de felicidade plena que nos é direcionada não porque não queremos, mas porque é impossível. Tomando como referência a psicanálise, sabemos que a demanda, ao se articular com o significante, demanda sempre outra coisa, por estar na relação com o desejo, que suporta esta metonímia. A realização do desejo tem como suporte a demanda, que por sua vez articula-se com o significante. Não é possível a satisfação plena da demanda, sempre resta algo, algo que movimenta a cadeia de

significantes e possibilita o desejo. O analista oferece ao analisando um desejo advertido, ele sabe que não pode desejar o impossível (Lacan, 1959-1960, p.352). Há um impossível de satisfazer próprio ao desejo. Eis a dimensão trágica da experiência analítica, ao possibilitar o encontro do analisando com o desejo que o rege e com seu próprio limite, pois nada, nem ninguém, podem preencher esta falta fundamental que o move.

O analista irá apontar que o encontro com o objeto é sempre faltoso. Ele se coloca como testemunha dessa perda irreparável (LACAN, 1964 a), fazendo emergir as manifestações do inconsciente.

Estamos fadados à só experimentar a felicidade episodicamente, já que constitucionalmente só podemos derivar prazer intenso de um contraste e não de um estado prolongado de satisfação. Podemos aproximar esta concepção de felicidade apresentada por Freud em “O mal-estar na civilização” da concepção de desejo de Lacan e, como ele nos alerta, é pela não satisfação da demanda que continuamos a desejar.

Freud, em nenhum momento coloca a psicanálise como um método para se atingir a felicidade e nem propõe qualquer fórmula para alcançá-la, mas a partir de sua experiência clínica pode nos dar uma indicação de como ir em direção à verdade do sujeito. “Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo.” (Freud, 1930[1929], p.91).

A ética da psicanálise é a ética do desejo, que considera de forma radical a singularidade de cada um que nos procura, como Freud acentua. Atravessados por esta ética podemos construir direcionamentos clínicos e institucionais para cada um, como veremos nos próximos capítulos.

1.3: A ÉTICA DA PSICANÁLISE NA SAÚDE MENTAL

Voltemos a questões colocadas no início desta dissertação: quais são os impasses enfrentados dentro de um ambulatório de saúde mental? E quais são as contribuições que a ética da psicanálise pode oferecer no enfrentamento destes impasses?

Nos ambulatórios de saúde mental são recebidas situações muito graves psiquicamente e de uma grande precariedade social. Quem recebe estes usuários muitas

vezes é tomado por um ideal humanista, com ideias prévias sobre o que é melhor para o usuário e neste sentido deixa de escutar o sujeito.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe a proposta de uma nova forma de cuidado integral, não centrado no cuidado médico e na internação hospitalar. A portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde apresenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deslocando para estes serviços substitutivos ao manicômio a responsabilidade de assumir o cuidado em uma lógica de atenção psicossocial. Cabe ressaltar que esta nova lógica de cuidado está colocada como direção de trabalho para todos os serviços da rede de saúde mental, não apenas para os CAPS.

Rinaldi (2005), ao situar questões relativas ao trabalho realizado nos CAPS, aponta que em alguns serviços de saúde mental o discurso da cidadania é o discurso dominante e a noção de sujeito aparece atrelada a ele, como sujeito de direitos, com base numa proposta de inclusão social, pautada no discurso da reforma psiquiátrica. O sujeito do inconsciente, que a psicanálise nos apresenta, acaba sendo desconsiderado uma vez que ele não é recoberto pelas noções de indivíduo ou de cidadão.

No ambulatório, é comum que, ao recebermos psicóticos, que apresentam dificuldades na constituição de vínculos, a princípio pensemos ser um “caso para CAPS”. Esta ideia aparece atrelada a uma concepção de que o que ele precisa é se ressocializar e que o CAPS seria o dispositivo ideal para tal objetivo. Isto se coloca do lado do técnico como um ideal a ser alcançado pelo usuário, ideal que ao ser imposto ao psicótico pode gerar inclusive uma desestabilização. Além disso, veremos que não há um serviço ideal para receber o usuário e o que se mostra fundamental é a disponibilidade de quem acolhe na escuta e no trabalho inicial de constituição de demanda para tratamento, que pode ser feito em qualquer serviço escolhido pelo usuário.

O discurso da reforma ao defender a reinserção social e a inclusão do louco na sociedade pode acabar excluindo algumas particularidades com as quais lidamos na prática, ao considerarmos a clínica do sujeito. Desta forma, ele acaba por difundir orientações de caráter universalizante, reproduzindo práticas que se propunha combater. Como destaca Rinaldi:

O imperativo de reinserção social presente na reforma pode levar a uma redução da clínica aos procedimentos de reabilitação psicossocial, com seu

caráter normatizador e pedagógico, a partir da crença em um saber naturalizado sobre o que é melhor para o sujeito (RINALDI, 2009, p.34).

A autora aponta o perigo da prevalência de um imperativo político-social sobre a dimensão clínica. O objetivo principal da reforma é a reinserção social de usuários excluídos e segregados por muitos anos. Mas, essa função político-social dos serviços orientados pela reforma “deve se acoplar a função clínica” (RINALDI, 2010, p. 130). O campo da saúde mental pode ser caracterizado por “um tenso equilíbrio entre cidadania e loucura” (MARON; BORSOI, 2007, p. 104).

Palombini (2010) ressalta que há uma dimensão de resistência inerente à loucura, que se recusa às políticas de inclusão e que não pode ser apreendida pelos saberes envolvidos no campo da saúde mental. A proposta de inclusão social trazida pela reforma toca justamente na dificuldade de constituir laços que o psicótico apresenta. Várias vezes, usuários que são acompanhados por muitos anos, apesar de estarem inseridos em projetos e atividades que visam à reinserção social, não se inserem de forma simbólica no social.

A expectativa de atingir os objetivos da reforma ou mesmo de que haja uma mudança de posição subjetiva dos usuários gera angústia e sentimento de impotência por parte da equipe.

Escutar o que o usuário tem a dizer significa acolher suas diferenças e limites o que implica, por exemplo, em recuar frente aos imperativos de reinserção social, caso o usuário demonstre não suportar mudanças decorrentes deste trabalho. Todo projeto voltado ao coletivo não deve encobrir a subjetividade do usuário (MONTEZUMA, 2000).

Freud (1912a) nos chama a atenção quanto à ambição educativa e curativa por parte do analista, que tem pouca utilidade, pois é baseada nos ideais do analista e não no que é apontado pelo sujeito. Segundo ele, o analista não deve ter nenhuma expectativa, nem grandes ambições em relação ao paciente, pois o limite é dado pelo próprio paciente.

Um fragmento de caso clínico em atendimento no ambulatório ilustra a importância desta indicação de Freud. Uma mulher psicótica estava em acompanhamento psiquiátrico e psicológico há muitos anos no ambulatório. Apresentava um discurso delirante que a impedia de realizar atividades fora de casa, apenas frequentava a igreja. Ela ia aos atendimentos com a psicóloga toda semana e um dia lhe apresentei a possibilidade de iniciar alguma atividade no CAPS, com o objetivo de favorecer sua reinserção social. Ela respondeu que sua mãe lhe dizia para ela fazer

alguma coisa, dando como exemplo o personagem do filme “Uma mente brilhante”, que foi um brilhante matemático. “Ela não entende que eu nunca serei como ele”, afirmou a usuária. Diante disto, percebi que não era o momento de encaminhá-la. Não podemos negar a importância das iniciativas de reinserção social, apenas é preciso seguir as indicações que cada usuário dá sobre até onde ele pode ir, sem impor exigências as quais ele não pode responder. Rinaldi (2009) aponta que, às vezes, diante da angústia que o real da clínica suscita, caímos no engodo de que é necessário “fazer” alguma coisa e corremos o risco de atropelar o tempo de cada usuário.

Qualquer proposta de reabilitação psicossocial que não leve em conta a singularidade de cada sujeito, seu modo próprio de estar no mundo, sua palavra, se resumirá a um adestramento para o laço social que não poderá ser sustentado de forma ativa por este sujeito. Ou pior, poderá levar a um agravamento de seu quadro clínico (RINALDI, 2010, p. 133).

Logo, é importante que o profissional que trabalhe em um serviço de saúde mental, apesar de trazer em sua formação um saber sobre o trabalho a ser realizado neste campo, considere as particularidades de cada situação com a qual lida.

A psicanálise nos traz elementos que mostram a importância de se colocar o saber “em reserva” para ser possível escutar algo que diz respeito ao sujeito do inconsciente. Lacan (1967) aponta que apesar do analista aprender algo no seu percurso clínico e com cada analisando, este saber fica em reserva a cada vez que ele realiza seu trabalho. Freud sempre insistiu que apesar dos avanços que ele alcançava em sua clínica deveríamos tomar cada caso radicalmente como novo, como se não tivéssemos aprendido nada.

Ao acolhermos um sujeito, devemos colocar nosso saber em suspenso para podermos operar, como aprendizes da clínica, conforme indica Zenoni (2000). Considero esta uma posição analítica, pois como Freud apontou em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise” (1912), a escuta analítica não deve estar direcionada para algo específico que o paciente diz, mas deve-se dar igual atenção a tudo o que lhe é dito, pois sabemos que o que importa não é o conteúdo, mas o posicionamento do sujeito frente ao Outro e ao seu desejo. É o sujeito que irá dar as indicações do caminho a ser percorrido por ele dentro da instituição. O analista deve dirigir o trabalho para que o sujeito aplique a regra analítica fundamental da associação livre (LACAN, 1958).

Devido à polissemia do significante, havendo uma dissociação significante/significado, o usuário pode dar diferentes sentidos em diversos momentos a um mesmo significante. Como sabemos, o sentido é dado *a posteriori* (*Nachträglich*) (FREUD, 1895). O inconsciente é articulado por significantes, que através do trabalho de associação livre irão aparecer, fazendo emergir algo das questões referidas ao campo do desejo.

Por outro lado, a própria psicanálise pode ser tomada como ideal e ser indicada como “prescrição” a todos os que buscam um serviço de saúde mental, sem produzir efeitos desta forma. Estas indicações burocráticas são feitas na melhor das intenções, movidas pela nossa relação com o desejo de fazer o bem, o desejo de curar. Contudo, ao querermos fazer o bem no distanciamos do real da clínica e do desejo (Lacan, 1959-1960).

Alberti e Almeida nos ajudam a pensar a questão do ideal de um bem a ser alcançado, almejado pela equipe de saúde, em um contexto hospitalar:

Nem sempre o que a equipe multidisciplinar pode identificar como um bem para seu paciente é identificado por este como tal, o que talvez sempre seja uma das maiores dificuldades no trabalho hospitalar, pois muitas vezes isso é frustrante justamente em um contexto dominado pela ética dos cuidados. Somente uma sólida ancoragem teórica na psicanálise e uma formação psicanalítica que tenha sustentado o encontro com o rochedo da castração levam o próprio analista a transmitir para os demais membros de uma grande equipe hospitalar as impossibilidades do ato terapêutico (ALBERTI; ALMEIDA, 2005, p.68).

No entanto, cabe ressaltar que não visar o bem do paciente não significa não se importar com ele. Cottet (1989) aponta que a “neutralidade” esperada do analista não deve ser entendida como indiferença e não exclui a intervenção ativa do analista. É na presença do analista que se desenrola uma dimensão trágica da clínica, e ele, através do manejo da transferência, irá dosificar a angústia do analisando na medida em que é desvelada sua divisão.

Cabe ressaltar que nem sempre é possível recolhermos efeitos analíticos em um caso clínico, mas isto não quer dizer que não estejamos sendo guiados pela ética da psicanálise. As manifestações do sujeito, recolhidas pela escuta analítica são pontuais, provisórias, em analogia ao próprio funcionamento do inconsciente. É diante daquilo que falha, que o analista irá se deter, como aponta Lacan:

Tropeço, desfalecimento, rachadura. Numa frase pronunciada, escrita, alguma coisa se estatela. Freud fica siderado por esses fenômenos, e é neles que vai procurar o inconsciente. Ali, alguma coisa quer se realizar – algo que aparece como intencional, certamente, mas de uma estranha temporalidade. O que se produz nessa hiância, no sentido pleno do termo *produzir-se*, se apresenta como um *achado* (LACAN, 1964a, p. 30).

Não é possível *a priori* decidirmos se haverá algum efeito decorrente de um trabalho analítico operando em uma situação clínica. Só podemos recolher algum efeito analítico no *a posteriori*. E em alguns casos, percebemos que não houve retificação subjetiva, mas houve um trabalho sustentado por uma clínica que se orienta pela fala do usuário. Trata-se de uma diferença entre considerar que o que importa é o que podemos fazer pelo usuário ou a constatação de que, se algo pode ser feito, é por um movimento do próprio sujeito que pode ser propiciado ao ofertamos nossa escuta, sustentados pelo desejo do analista.

O analista, inserido em uma instituição, pode colocar no cerne de suas intervenções sua identidade de analista, sendo movido pelo desejo de ser analista, com a preocupação de como exercer a psicanálise em tal contexto, o que é bem diferente do desejo do analista⁷. No desejo de ser analista, o que está em jogo é uma idealização da psicanálise, com a conseqüente exclusão da dimensão clínica (Zenoni, 2009). Como Lacan (1964a) sublinha, a psicanálise é uma práxis que é orientada em direção àquilo que na experiência é o núcleo do Real, não se guiando por idealismos. Rinaldi (1996) acompanha esta indicação. Segundo a autora, Lacan articula a proposta de uma ética da psicanálise, em que a ação humana esteja orientada por uma referência ao Real, a partir do reconhecimento da castração e não parte de ideais. A ética da psicanálise relaciona-se ao desejo que conduz a ação humana, que não se submete à normatização e marca cada sujeito em sua singularidade.

Rinaldi (1996) comenta o Seminário de Lacan sobre a ética da psicanálise, destacando que ele “indica a diferença da ética psicanalítica em relação à reflexão moralista, uma vez que ela parte da universalidade do desejo justamente para enfatizar a sua particularidade...O que é universal é a diferença...” (RINALDI, 1996, p. 68).

Orientados por uma ética contrária a padronizações, questionamos alguns direcionamentos clínicos e institucionais. Ao iniciar meu trabalho no ambulatório, apresentaram-me a política do serviço orientada para a promoção da desmedicalização.

⁷ A partir do Seminário “A transferência” (1960-1961), Lacan vai construindo a conceituação do desejo do analista como lugar vazio, que irá delimitar como função do analista causar o desejo.

Atualmente assistimos a um processo de medicalização da vida, onde problemas de diversas ordens são considerados como “transtornos” e doenças classificáveis que se propõe tratar com medicações cada vez mais modernas. Estabelecem-se explicações biológicas para sofrimentos psíquicos (BIRMAN, 1999). Na clínica, percebemos que esta proposta milagrosa da indústria farmacêutica fracassa, além de criar um novo problema para o paciente, que sofre efeitos do uso prolongado de psicotrópicos. Por isso, é importante sustentar um trabalho na contramão deste processo, e a psicanálise traz elementos para tal proposta. Porém, trabalhar na contramão da medicalização, não significa desconsiderar a importância da medicação em diversos casos.

No ambulatório onde trabalho, havia uma orientação equivocada de que não deveríamos encaminhar ao psiquiatra pacientes que faziam uso de benzodiazepínicos há muitos anos. Esta orientação foi adotada por algum tempo, pois se acreditava que se o paciente fosse encaminhado ao médico, este não iria iniciar um trabalho de retirada da medicação e o paciente continuaria dependente dela. Logo, não havia possibilidade destes usuários terem acompanhamento psiquiátrico neste ambulatório, o que lhes era oferecido era um acompanhamento psicológico.

É importante que se considere as implicações do uso prolongado de benzodiazepínicos, tais como dependência fisiológica e alteração da atenção, da memória e da psicomotricidade, mas não podemos exigir que o paciente, de uma hora para outra deixe de usá-los, pois na prática, vemos a dificuldade do processo de retirada da medicação, além de haver uma indicação de que ele seja gradual.

Logo, é preciso que estejamos atentos para não confundirmos desmedicalização como luta contra a medicação. No entanto, ao não respondermos imediatamente à demanda de medicação por parte do paciente, oferecendo-lhe uma escuta, podemos nos deparar com a emergência no discurso do paciente de alguma manifestação do inconsciente, algo que possa incitá-lo a iniciar um trabalho analítico. Já uma indicação burocrática de acompanhamento psicológico, sem a participação do usuário em sua construção, não produz efeitos. O que acontece, na maioria das vezes, é o usuário “não aderir ao tratamento” que lhe foi prescrito. Tal é a consequência ao se tomar a desmedicalização como um ideal a ser seguido. O que devemos fazer é seguir as indicações dadas pelo usuário do que acontece com ele e ajudá-lo a identificar o seu pedido de ajuda.

Atualmente, com a chegada de novos médicos na equipe do ambulatório, foi possível estabelecer parcerias, pois estes trabalham também com a perspectiva da

desmedicalização, mas a discussão em equipe ainda não é realizada adequadamente, para identificarmos juntos os pacientes com os quais poderia ser realizado este trabalho. Parece que não fica muito claro para os membros da equipe que o trabalho pode se tornar mais rico e potente se sua direção for a construção do caso clínico a partir da interlocução entre eles, como veremos no próximo capítulo.

Cada profissional com sua especificidade pode contribuir no trabalho de recepção dos usuários. Quais as consequências então de haver um analista na recepção de usuários em um serviço de saúde mental? Não basta “vestir a camisa” de analista, mas trabalhar a partir da sustentação do desejo do analista, que é bem diferente do desejo de ser analista, mais voltado para um ideal de analista do que para o usuário, conforme já foi dito neste capítulo.

Uma situação que me foi relatada recentemente mostra a sutil diferença entre as duas posições. Uma profissional recebeu uma mulher que já havia passado por diversos serviços de saúde, não se vinculando a nenhum deles por muito tempo. Ela pedia sua medicação, pois caso contrário iria surtar. A profissional estranhou que ela pedisse somente a medicação, questionando se ela já havia feito algum outro tipo de tratamento, com psicólogo. A mulher responde que não e fica irritada com a profissional. Houve uma preocupação tão grande da técnica em não responder a esta demanda de medicação, supondo saber de antemão que o melhor para a usuária era o acompanhamento psicológico, que ela não conseguiu ouvir que surto era este que a mulher temia e que função a medicação tinha para ela. Se a medicação era insuficiente ou não como tratamento isto só poderia ganhar algum sentido a partir da fala da usuária, se a profissional suportasse aguardar um pouco e propiciar que ela falasse mais, sem se antecipar com uma prescrição baseada em um saber prévio. Cabe ressaltar que levar em conta o sujeito não significa prescrever, tal qual um medicamento, psicoterapia ou análise para todos (como garantia de que estamos sendo analistas), mas sim, considerar que este sujeito não pode ser reduzido a um objeto de nossas intervenções. Freud (1919 [1918]) ressalta que não devemos ter por objetivo transformar o paciente em nossa propriedade privada, tomando decisões por ele e impondo nossos próprios ideais.

Desta forma, o que é decisivo para o acolhimento do usuário e para a construção de uma possibilidade de tratamento para quem busca um serviço de saúde mental não é apenas o dispositivo que é utilizado, como o grupo de recepção. É importante também, seja qual for o dispositivo adotado, considerarmos os ideais que atravessam os

profissionais e também aqueles que demandam tratamento e interferem nesse momento de acolhimento e no trabalho clínico.

A desmedicalização, a reinserção psicossocial ou o tratamento analítico podem ser levantados como bandeiras que nos distanciam daqueles que buscam um serviço de saúde mental. O desafio é considerar verdadeiramente a particularidade de cada caso que nos chega, reconhecendo que não há regras ou fórmulas de sucesso a serem aplicadas com garantia de resultados. Isso é nos expor ao real que a clínica nos apresenta. Ela nos coloca a cada vez frente ao não-saber e às impossibilidades. A angústia que isto gera pode ser sustentada e trabalhada por cada profissional (em sua análise e nas reuniões de equipe, por exemplo) ou pode ser aplacada prescrevendo “soluções” para o usuário sem que com isso haja qualquer mudança de posição subjetiva. Achamos que estamos tratando e ele acha que está sendo tratado. Mas, há sempre a chance de vermos o fracasso deste modo de conduzir a clínica e a cada vez somos convocados a tomarmos uma posição. Nada está pronto e acabado, nada pode ser antecipado, nada é garantido. A angústia suscitada no trabalho clínico e institucional pode também ter outra direção e não ser tão paralisante, ao se compartilhar em equipe as dificuldades na condução do trabalho de cada profissional.

CAPÍTULO 2

O TRABALHO EM EQUIPE

2.1: A INTERLOCUÇÃO A PARTIR DO NÃO-SABER

O trabalho em uma instituição oferece ao profissional a oportunidade de construção de um espaço de troca interdisciplinar que pode contribuir para o acompanhamento de quem busca um serviço de saúde. No entanto, a troca só irá ocorrer se houver disponibilidade dos profissionais para ouvir opiniões e pontos de vista muitas vezes bem diferentes dos seus. Poder estabelecer um diálogo quando se fala línguas diferentes é um desafio que se apresenta para quem trabalha em instituição.

Para o profissional que trabalha a partir da perspectiva da psicanálise, a sustentação da escuta psicanalítica em um serviço de saúde mental, onde a equipe segue diversas orientações mostra-se uma tarefa árdua. Além disso, atravessamentos políticos e institucionais interferem na clínica como veremos mais adiante.

Atualmente, as reuniões de equipe realizadas no ambulatório que tomamos como referência para este trabalho são realizadas apenas com os psicólogos e psicanalistas, pois há uma dificuldade de aproximação com os médicos do serviço. A coordenadora de área programática propôs que insistíssemos com os médicos para que comparecessem às reuniões. A ideia era envolver os psiquiatras na busca de soluções para os impasses vividos no serviço. Entretanto, a coordenadora do ambulatório mostrou-se desmotivada com esta idéia, o que parece evidenciar uma dificuldade de se trabalhar em equipe e lidar com as diferenças entre as especialidades. Cabe ressaltar que em uma reunião anteriormente realizada, com a presença de psiquiatras, não se chegou a um consenso em relação a assuntos importantes, como por exemplo, o atendimento a usuários de álcool e outras drogas e o atendimento extra de pacientes. Argumentou-se que, no primeiro caso, o atendimento deveria ser realizado em um serviço especializado, o que não está de acordo com a orientação da política de saúde mental, que defende o atendimento destes usuários em toda a rede de saúde mental. Em nossa área programática foi criado um grupo de trabalho para a discussão sobre o atendimento a estes usuários, com a proposta de que este direcionamento político se desdobrasse em práticas clínicas. Alguns médicos mostraram-se irredutíveis quanto à possibilidade de atendimento extra a pacientes, mesmo quando o psicólogo observasse esta necessidade.

Observamos que de uma forma geral o serviço funciona de uma forma fragmentada, cada especialidade faz a “sua parte”. No entanto, apesar das dificuldades, é preciso insistir no trabalho em equipe, não esperando encontrar uma equipe ideal. Freud em uma conferência intitulada “Psicanálise e Psiquiatria” (1916-1917) já apontava para a possibilidade de um trabalho em parceria entre psicanalistas e psiquiatras, já que apesar destes contarem com uma fundamentação teórica e métodos de tratamento diferentes, é possível que o trabalho de um suplemente o do outro, não havendo necessariamente uma oposição entre eles.

No entanto, não podemos desconsiderar que há diferenças entre os discursos médico e psicanalítico. Segundo Clavreul (1978), o médico oferece ao paciente uma terapêutica baseada no saber constituído da medicina. Ou seja, tudo o que o paciente fala ao médico é considerado a partir do discurso médico, que não se dirige ao doente, mas ao homem que já foi são no passado e que irá retomar este estado no futuro, voltar ao “normal”. Este discurso normativo produz uma separação entre o homem e sua doença. Com técnicas cada vez mais desenvolvidas para elaborar o diagnóstico através de exames, nada que não possa ser localizado objetivamente é ouvido por alguns psiquiatras. É o interesse da ciência que prevalece. No entanto, outros médicos já consideram a existência do inconsciente e podem fazer encaminhamentos para um trabalho analítico. Ainda há aqueles que além de terem uma formação médica se interessam em fazer também uma formação psicanalítica. O discurso analítico sustenta um trabalho que não opera a partir de um saber prévio.

A presença da psicanálise em uma instituição pode favorecer uma posição de esvaziamento de qualquer saber *a priori*, que possibilita que cada um se coloque a trabalhar, funcionando como causa de desejo. Zenoni (2000) enfatiza a importância para o trabalho em equipe deste esvaziamento. Como destacam Bursztyn e Rinaldi, referindo-se ao texto de Zenoni: “a referência a este vazio, enquanto não-saber que orienta o trabalho, é particularmente benéfica para o trabalho em equipe, permitindo escapar dos efeitos imaginários que estão presentes em todo coletivo.” (BURSZTYN; RINALDI, 2008, p. 37).

Em algumas situações que chegam ao serviço de saúde mental nos deparamos com a necessidade de agenciar diversos atores da equipe. Estes não necessariamente vão partilhar dos mesmos referenciais teóricos, mas o diálogo deve ser estabelecido a partir do caso clínico. Figueiredo (2007) aponta que o trabalho em equipe deve ser construído e que a transmissão da psicanálise não ocorre pela via de um saber teórico, mas através

da clínica no cotidiano. Sustentar a psicanálise somente pelo saber teórico se mostra sem efeitos na condução de um caso e pode gerar resistência nos outros membros da equipe. A autora insiste que não se trata de “ensinar psicanálise”, mas de sustentar o que a psicanálise nos ensina a partir de seus efeitos. Para isso é preciso haver um analista na instituição, mas não é necessário que a instituição seja analítica, ou seja, que a equipe esteja voltada para o trabalho analítico. Pelo contrário, isto pode propiciar a colocação da psicanálise no lugar de ideal, perdendo sua função de produzir efeitos.

Mas, qual é a melhor forma desta transmissão? Viganò (2010) propõe como método a construção do caso clínico, uma avaliação que traz a transferência como eixo da clínica. Considera-se o usuário como o principal elemento que ensina sobre o caso, dando um peso a sua narrativa, a partir de uma escuta singular, onde cada membro envolvido no acompanhamento contribui:

Na realidade trata-se 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 (VIGANÒ, 2010, p.2).

Trata-se de uma discussão onde cada um traz suas dificuldades em sua prática, indo ao encontro do real da clínica.

Pode-se questionar por que há tanta resistência ao trabalho em equipe. Figueiredo (2010) levanta a hipótese de que há uma ferida narcísica referente ao fato de que o trabalho tem que ser partilhado. Segundo ela, há uma perda de gozo, uma perda do controle sobre o caso, perda de saber-poder (FIGUEIREDO, 2010). Podemos entender esta dificuldade do lado dos médicos, tão habituados a estarem ocupando uma posição de poder dentro de uma equipe de saúde; um exemplo recente e extremo disto é a tentativa de se implementar o ato médico⁸ com várias restrições e impedimentos ao trabalho multidisciplinar. Mas esta resistência também aparece do lado de alguns analistas. Neste caso, o que deve estar em jogo é a dificuldade de expor o trabalho clínico e seus impasses. Para Clavreul (1978) a dificuldade dos analistas de falarem de sua prática está relacionada ao fato de que relatar a sua experiência clínica é expor o que ele faz da fala que lhe é dirigida. Ele observa que o usuário não escolhe qualquer um para relatar o seu sofrimento e a posição do analista será determinante para que uma análise seja levada adiante.

⁸ Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Outras especialidades da área de saúde, como a psicologia, se colocaram contra vários aspectos defendidos no projeto de lei. Felizmente, a presidente da República vetou vários artigos do projeto de lei com a justificativa de manter políticas e programas do SUS.

Está fora de dúvida que uma análise tomará um contorno inteiramente diferente se o analisando tiver a certeza, como foi certamente o caso para os primeiros pacientes de Freud, de que contribuem efetivamente para a constituição de um discurso admissível não trazendo um material inerte oferecido a um discurso constituído, mas colocando em causa a posição daquele que o enuncia (CLAVREUL, 1978, p. 194).

Rinaldi (2002) enfatiza a importância de se considerar a resistência do analista no trabalho em uma instituição de saúde. Ao sustentar o trabalho da psicanálise neste contexto é preciso que se reconheça a especificidade do trabalho de cada um e não se deve utilizar arrogância e hostilidade, atitudes que só fazem aumentar as resistências à psicanálise. Aliás, a busca da hegemonia de uma especialidade sobre a outra não traz nenhum benefício ao direcionamento dos casos clínicos, é pura disputa de poder. Quando o analista se encontra envolvido numa disputa de poder, ele está fora de sua função, preocupado com sua identidade de analista.

A postura defensiva e ofensiva de alguns profissionais não favorece o trabalho em equipe. No entanto, trabalhar em equipe não significa partilhar das mesmas opiniões e estar em acordo sempre. Há uma concepção de interdisciplinaridade que significa uma tentativa de chegar a um consenso entre as diversas opiniões e posições, como se fosse possível que ao final todos saíssem satisfeitos (MARON; BORSOI, 2007).

Em relação à organização das equipes, podemos considerar dois tipos: equipe hierárquica e equipe igualitária (FIGUEIREDO, 2000). No primeiro tipo, há uma distribuição mais verticalizada do poder de intervenção, tal como podemos observar nas instituições hospitalares, nas quais o poder está concentrado na figura do médico. O perigo deste tipo de organização é enrijecer as especialidades. Já na equipe igualitária, as especialidades sofrem uma implosão e todos devem participar em todos os momentos. As discussões se tornam infundáveis e cada diferença pode ser tomada como desavença.

Como alternativa a estes dois modelos extremos Figueiredo (2000) apresenta a noção de “transferência de trabalho”, formulada por Lacan ao abordar o início da formação do cartel⁹ em sua Escola de psicanálise. Lacan ressalta que este não é um grupo baseado na hierarquia, mas uma organização circular, com um funcionamento firmado na experiência (LACAN, 1964b). Ele afirma que a transmissão da psicanálise

⁹ Lacan (1964b) propõe para os membros de sua Escola que o trabalho de cada um se elabore dentro de um pequeno grupo, com no mínimo três e no máximo cinco pessoas e o *mais um*, que tem como função sustentar o funcionamento do grupo.

só se dá pela via da transferência de trabalho. Nas palavras de Lacan: “O ensino da psicanálise só pode transmitir-se de um sujeito para outro pelas vias de uma transferência de trabalho.” (LACAN, 1964b, p. 242). Esta seria a condição de estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando à produção de saber e o fazer clínico. Em relação às instituições, a transferência norteadora do trabalho deve favorecer que se opere a partir da clínica. Segundo Figueiredo (2000), se muitas vezes não podemos escolher nossos pares na instituição, devemos fazer uma escolha pelo trabalho.

Nos ambulatórios pode-se trabalhar sozinho, diferentemente de outros serviços, como os CAPS, nos quais os dispositivos coletivos são indicados para os casos graves, de autismo, psicose ou toxicomania, por exemplo.

Além da possibilidade de compartilhar com a equipe as dificuldades no acompanhamento de casos graves, há vantagens na condução clínica quando se trabalha em equipe. No acompanhamento de psicóticos, considera-se que ao se trabalhar com o dispositivo analítico clássico, com a instauração do sujeito suposto saber, o analista corre o risco de entrar na série de “perseguidores” do usuário. O trabalho em equipe dilui a transferência, diminuindo os riscos de que sua vertente persecutória ou erotomaníaca apareça. Para muitos psicóticos o tratamento no CAPS mostra-se importante, mas isto não significa que um caso de psicose não possa ser tomado em acompanhamento em um ambulatório. O que é determinante para este acompanhamento se tornar possível?

Na prática do ambulatório, observamos que dependendo das particularidades do caso que recebemos pode ser traçado um direcionamento clínico, que indique a necessidade de um acompanhamento coletivo do caso, que não significa que o usuário precise frequentar um dispositivo de tratamento coletivo, mas que haja o compartilhamento do cuidado, com a atuação de diferentes profissionais. Desta forma, por exemplo, ele pode ser atendido individualmente por um analista e um psiquiatra, que em outro momento irão estar juntos, participando da construção do caso clínico. O importante é o usuário saber que há mais de um profissional como referência para ele. Outros membros da instituição ou mesmo de fora dela podem vir a se constituir como uma rede para este usuário, o que se mostra fundamental para vários casos, como veremos no capítulo 3.

Vimos que o trabalho em equipe é mais adequado para inúmeras situações clínicas graves. Logo, se o ambulatório se responsabilizar em acompanhar casos graves

é preciso que se reconfigure suas práticas, como veremos de uma forma mais aprofundada também no capítulo 3. Entretanto, observamos a dificuldade em nosso serviço, de realizarmos verdadeiramente o compartilhamento do cuidado. É mais comum, que cada um acompanhe o usuário de uma forma isolada, sem comunicação entre os membros da equipe. Nem todos que escolhem trabalhar em um ambulatório de saúde mental estão comprometidos com o paradigma da atenção psicossocial. Em alguns casos, precisamos recorrer à dispositivos da rede para ser possível o acompanhamento do caso, não necessariamente a partir do encaminhamento do caso, mas para discutir e pensar juntos direcionamentos clínicos.

2.2: POR QUE TRABALHAR EM REDE?

A partir da discussão de casos em equipe, começamos a situar melhor as questões da clínica e podemos verificar que algumas situações clínicas, além de exigirem uma interlocução e um compartilhamento do cuidado dentro de uma equipe, necessitam que se recorra a outros dispositivos da rede de saúde. No acolhimento, a articulação com outros serviços da rede mostra-se necessária em alguns casos, pois o usuário irá buscar o serviço que, por algum motivo, lhe foi indicado e o acolhimento deve ser realizado neste serviço para, posteriormente, se pensar onde ele prosseguirá o seu acompanhamento, se for necessário.

Em nossa área programática (5.1) contamos com os seguintes dispositivos na rede de saúde: ambulatórios, CAPS, CAPSI, Hospital Geral (incluindo Emergência psiquiátrica), Hospital Psiquiátrico, Clínicas da Família, entre outros. Além de realizarmos contatos para fazer encaminhamentos de usuários, muitas direções, além do encaminhamento, podem ser delineadas a partir da interlocução dos atores de diferentes serviços.

A clínica da recepção traz à tona a responsabilidade do serviço sobre a demanda que lhe chega, a tornando pública e agenciando o fluxo de usuários na instituição e na rede. A articulação entre os dispositivos pode ocorrer de uma forma estruturada, com reuniões entre as equipes dos serviços ou sem planejamento, dependendo das circunstâncias. Houve um período no qual havia reuniões sistemáticas entre a equipe do CAPS e do ambulatório, a partir de problemas na transferência de usuários de um serviço para o outro.

Há também dispositivos construídos para favorecer a articulação entre os serviços como os fóruns de saúde mental e as supervisões de rede. O fórum é um espaço de debate coletivo que busca a participação de diferentes setores como a saúde, a educação e a Justiça, se constituindo como um espaço representativo e deliberativo. Neste espaço, os profissionais de diferentes serviços se encontram e podem pactuar diretrizes de saúde mental para determinada área programática. No espaço do fórum de saúde mental é preciso que se reflita sobre a responsabilidade de cada serviço, e que se recuse a responder à urgência com que os serviços apresentam as questões. Ao se discutir um caso, a urgência pode se transformar e dar lugar à construção de uma intervenção possível através de parcerias que são realizadas. Como é um espaço em que se reúnem diferentes setores, não apenas os serviços de saúde mental, é preciso recusarmos um lugar pedagógico ao qual somos convocados por eles (MARON; BORSOI, 2007).

A supervisão, que inicialmente era oferecida apenas aos CAPS, estendeu-se a outros dispositivos da rede, havendo atualmente duas supervisões de eixo em nossa área programática (a AP 5.1 foi dividida em dois eixos, definidos pela proximidade dos serviços. OS CAPS devem estar presentes nas supervisões dos dois eixos). Nestes espaços são discutidos aspectos clínicos, institucionais e políticos que atravessam o trabalho em saúde mental.

Para serem espaços potentes e transformadores de práticas, é preciso que quem esteja na coordenação deles não deixe que se transformem em “muros de lamentações” ou locais de acusações mútuas, tarefa que vem se mostrando difícil. Observa-se que para evitar que ocorram estes impedimentos para o avanço do trabalho, uma alternativa de condução destes dispositivos é se focar em exemplos de manejos clínicos, que possibilitam ver os impasses e o que se pôde criar apesar e a partir deles.

Um exemplo interessante apareceu em uma reunião de supervisão de rede, quando um psicólogo do ambulatório questionou o porquê do usuário que ele havia encaminhado para o CAPS ter retornado para ele. Quando cada profissional da porta de entrada dos dois serviços relatou como havia sido o acolhimento, parecia que estavam falando de pessoas diferentes. O psicólogo do ambulatório considerou que era um psicótico com poucos laços sociais e que por falar pouco, não iria “progredir” tanto em uma psicoterapia. Já a psicóloga do CAPS sublinhou que ele mantinha algumas atividades onde morava, logo preservava alguma autonomia. Com ela, mais do que com o psicólogo do ambulatório, ele conseguiu falar sobre o que lhe aconteceu após o

desencadeamento do surto. Por sua vez, a profissional que o acolheu no CAPS achou que ele não precisava se inserir em um serviço de cuidados intensivos e o reenviou ao ambulatório. Ele iniciou o atendimento individual com uma psicóloga no ambulatório – não foi possível que o psicólogo que o recebeu assumisse a continuidade do acompanhamento - e esta apresentou a idéia de inseri-lo na atividade de futebol no CAPS, pois ele havia dito que jogava em outra cidade onde morou e aqui ainda não conseguiu se inserir em nenhum grupo, ficando muito restrito a sua casa.

Podemos observar que houve uma ausência de contato prévio entre os dois serviços e uma pressa para encaminhar o usuário, tanto por parte do profissional do ambulatório que poderia ter marcado mais entrevistas e não encaminhar após somente um contato, quanto da profissional do CAPS que não considerou o endereçamento do usuário a ela.

Este exemplo mostra que muitas vezes há uma preocupação maior em encaminhar o usuário em detrimento de ouvi-lo melhor. Ao se promover o contato entre os serviços poderia ter se evitado o desgaste do usuário que ficou passando de um serviço a outro, até que algum deles assumisse a realização do trabalho de constituição de uma demanda de tratamento, que precisa de um tempo para que algum endereçamento possa ocorrer.

Há uma dificuldade dos profissionais dos diferentes serviços em se considerarem como parceiros dentro de uma rede de saúde ampla e com isso fecham-se oportunidades de se criar novas possibilidades para situações de manejo difícil. Mas, apesar das dificuldades, é importante persistir, pois é a cada vez que os laços de trabalho vão se construindo.

Consideremos um fragmento de caso clínico que ajudará a reforçar a importância de se compartilhar com outros profissionais as dificuldades na condução dos casos clínicos.

Uma mulher está em acompanhamento psicológico há mais de três anos, no ambulatório. No início de seu atendimento, seu pai havia falecido recentemente e ela dizia que havia perdido quem a sustentava, sentia-se desprotegida. Tinha medo de que lhe fizessem algum mal, pois descobriu que “se mata brincando” (sic). Disse que uma amiga havia lhe contado isto quando era criança. Sentia que as pessoas podiam comandá-la, “tirei a roupa porque eles queriam isto” (sic), mas não tinha um delírio bem estruturado, não sabia que pessoas queriam lhe fazer mal. Após um tempo e uma mudança em sua medicação, ela passou a sentir-se triste, mas menos invadida.

Queixava-se de não conseguir ter um relacionamento amoroso estável e emprego fixo. Ela conseguiu trabalhar numa lanchonete e como cuidadora de uma idosa, seu último trabalho. Após o falecimento desta senhora e uma briga com um rapaz com quem estava saindo, ela voltou a ter medo das pessoas e voltou a falar sobre a perda de seu pai. Em um atendimento disse que já não aguentava mais a vida, não gostava de ninguém e pensava em morrer. Fiquei preocupada com esta fala, receosa com uma possível passagem ao ato. Havia alguns dias, ela me dissera que não queria mais tomar a medicação. Em vista disso, indiquei internação, mas ela disse que não queria, que estava bem. Neste dia, a usuária estava desacompanhada e eu me encontrava sozinha no serviço. Decidi buscar ajuda no CAPS, que atualmente localiza-se na mesma estrutura física do ambulatório. O coordenador deste serviço pediu para ver o prontuário da usuária e forneceu um comprimido da medicação que ela fazia uso. Ela circulou pelo CAPS, chorou, disse que estava com medo de ir para casa, mas foi se acalmando, a partir do acolhimento que lhe foi oferecido. Perguntou inclusive ao “médico” (na verdade era terapeuta ocupacional) as dúvidas que tinha sobre o modo de usar a medicação.

A partir de uma situação em que não sabia o que fazer e reconhecendo isto, busquei ajuda, o que possibilitou que a usuária fosse acolhida em seu sofrimento, propiciando alguma modificação em seu estado. Por exemplo, quando ela coloca dúvidas sobre como tomar a medicação e desiste, pelo menos naquele momento, da ideia de suicídio. No atendimento da semana seguinte, ela veio acompanhada de sua mãe e dizia que precisava falar comigo para se acalmar e não fazer uma besteira. Propus atendê-la duas vezes por semana e reforcei com a mãe a necessidade de ajudá-la na administração da medicação.

A articulação com o CAPS, em um momento de crise, possibilitou que não fosse necessário recorrer à internação. Com a Reforma psiquiátrica, os diversos dispositivos da rede de saúde mental têm a responsabilidade de nortear seu trabalho pelos princípios trazidos pela mesma. O CAPS é a referência primordial dos serviços substitutivos ao manicômio nos últimos anos e pode ter uma função importante ao auxiliar os outros serviços da rede a repensar as formas de acolhimento e cuidado. CAPS e ambulatório têm suas especificidades em relação ao tratamento e o dispositivo mais adequado para um usuário que necessite de um cuidado mais intensivo em determinado momento é o CAPS. Mas, o paradigma de cuidado psicossocial e a clínica que considera o sujeito devem nortear as ações em todos os serviços de saúde, não apenas nos CAPS.

Neste sentido, o campo da saúde mental se constitui como “um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam” (RINALDI, 2006, p.142). Dependendo das necessidades que a clínica traz, novas configurações vão sendo traçadas por aqueles que acompanham o usuário:

...a própria idéia de rede se desloca de uma acepção mais empírica, positivista, de conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceber e agir o cuidado que, por sua estrutura, articula a ação do cuidado com o que se situa para fora e para além dos limites da ação daquele que agencia uma determinada ação, seja este um profissional, seja um serviço (mas sempre por meio da ação de um profissional)... Se os atores de um determinado ato o realizam segundo a lógica da rede, então estarão fazendo a rede, criando a rede. Isso modifica profundamente a idéia de que construção de rede é tarefa exclusiva de uma gestão administrativa, no sentido da criação de serviços, da contratação de profissionais, dentre outras medidas, que certamente são necessárias e exigíveis de toda e qualquer gestão, mas cuja responsabilidade política não lhe cabe exclusivamente (ELIA, 2005, p.51-52).

No fragmento clínico que destacamos, observamos que a rede de cuidado para a usuária foi criada a partir de uma contingência, da proximidade e da disponibilidade de um profissional para ajudar o outro que se mostrou preocupado com o caso. A criação de serviços não garante por si só a formação da rede.

2.3 : O QUE PODEMOS TRANSMITIR A PARTIR DA PSICANÁLISE?

Neste campo “heterogêneo e plural” como favorecer que algo da experiência analítica seja transmitido? No trabalho interdisciplinar o analista precisa encontrar um modo de transmitir algo de seu trabalho, pois ao se inserir em um serviço público sua clínica também passa a se tornar mais pública, já que não se trata de um usuário somente acompanhado por ele e sim pela instituição.

Em meio a discursos que trazem um saber sobre o usuário, o analista pode contribuir para a construção do caso clínico trazendo a fala do sujeito e não apenas falando sobre ele. Colocando no centro da discussão aquilo que o usuário traz e não as expectativas e os *pré-conceitos* da equipe, é preciso levar em conta um não-saber que poderá indicar novos direcionamentos clínicos, como já abordamos neste capítulo. Não é pela via do saber acumulado sobre o caso que algo novo pode aparecer e indicar novos direcionamentos para uma situação clínica, mas é justamente a partir dos equívocos recolhidos na fala do usuário, daquilo que não se encaixa em seu discurso.

Freud, no processo de invenção da psicanálise defendia a transmissão de sua clínica pelo relato de casos, com o objetivo de fazer avançar a psicanálise. Ele utilizava como recurso de transmissão de uma forma romanesca, exprimindo seu desejo de homem da ciência, o desejo de transmitir um saber inédito.

Mas, o que é importante transmitir? Não se trata de construir um relato detalhado, com uma construção linear, pois a experiência de análise não é cronológica, é descontínua, com efeitos que podem ser recolhidos no tempo do *a posteriori* (PORGE, 2009). Não é a quantidade do material com pormenores do caso que irá convencer o interlocutor sobre os efeitos recolhidos na experiência analítica (FREUD, 1912a) Como transmitir a verdade da experiência de análise e um saber que é construído a partir dela?

A dimensão da escuta é importante, pois é só a partir dela que recolhemos o saber advindo da clínica que é sempre inédito. A verdade que está em jogo na experiência analítica não é algo a ser descoberto, algo que a pessoa já sabe e não quer revelar. Há uma dimensão de surpresa tanto para o analista quanto para o analisando diante do que aparece no tratamento analítico. “Não há fato clínico psicanalítico bruto. Ele é necessariamente construído em função de diferentes parâmetros, um deles sendo o analista que está, aí, incluído” (PORGE, 2009, p. 251).

A convicção que o analista pode obter sobre a existência do inconsciente e seus efeitos sobre a pessoa só pode ser adquirida através de seu percurso de análise e de sua formação, com o compartilhamento de questões com outros analistas. Logo, podemos perceber o quão complexa é a tentativa de se transmitir algo desta clínica do sujeito a profissionais que não estejam atravessados pela psicanálise.

Lacan (1967) apresenta dois conceitos para pensar a psicanálise e seu lugar no mundo: psicanálise em intensão e psicanálise em extensão. A primeira diz respeito ao trabalho singular realizado pelo analisando, do qual pode advir um analista. Já a psicanálise em extensão diz respeito à disseminação da psicanálise no mundo, no trabalho institucional, por exemplo, e ao modo como o analista transmite a ética do sujeito e do desejo, onde quer que ele atue. Apesar das diferenças, elas estão intimamente ligadas, a segunda depende da primeira.

Sabemos que em nossas ações, no encontro entre as expectativas do usuário e as do profissional que o recebe, um descompasso se faz sempre presente, dado que o que está em jogo é o real que se apresenta. Em nossa clínica e nas articulações que fazemos é importante que possamos transmitir esta dimensão do real, um real que sempre nos surpreende, que independe de nossas expectativas, dos planos que traçamos, que nos

coloca frente a frente com aquilo que não esperamos. Para enfrentá-lo nunca estaremos preparados. Somos solicitados a responder com um saber prévio, com uma demanda sobre o que fazer em tal situação e não podemos cair neste engodo, pois sabemos que não é disto que se trata. Em psicanálise o que se transmite são os pontos de não-saber que articulam o saber inconsciente, e apontam o sujeito (BARCELLOS, 2010). A principal contribuição da psicanálise é lançar luz sobre aquilo que vacila, que não fecha, que traz a dimensão da verdade do sujeito, de seu desejo.

Na instituição, somos chamados a responder do lugar de especialista, daquele que sabe algo sobre determinado assunto, mas não é deste lugar que se produzirá um saber que fará diferença na condução dos casos. Ou seja, aquilo que pode ser transmitido da psicanálise é sempre restrito e circunscrito e não há razão para quisermos transmitir a teoria psicanalítica para aqueles que não são atravessados pela psicanálise, que não seja pela via do caso clínico, principalmente pelos impasses que ele traz. São estes impasses que irão trazer a dimensão do real que enfrentamos na clínica.

No entanto, é preciso um trabalho para sensibilizar as equipes para esta dimensão da clínica. Para potencializar os efeitos desta transmissão é preciso que sejam criados laços de trabalho entre os membros da equipe e muitas vezes, no serviço público, estes laços são desfeitos em virtude de mudanças políticas e institucionais, sendo preciso recriar novos laços com muita frequência, o que torna este trabalho de transmissão mais árduo.

No próximo capítulo, discutiremos como as modificações na organização da rede de saúde mental podem repercutir em mudanças na dinâmica de trabalho no ambulatório e na condução dos casos clínicos. Ao se tomar a clínica como eixo, temos a possibilidade de repensar a assistência em saúde mental a partir da articulação entre diferentes serviços, que apresentam modos diferentes de trabalhar.

CAPÍTULO 3

REFORMANDO O AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL: IMPASSES E POSSIBILIDADES

3.1 O LUGAR DO AMBULATÓRIO EM MEIO AOS NOVOS DISPOSITIVOS NA REDE DE SAÚDE

No desenvolvimento deste trabalho, podemos nos dar conta de que para haver um trabalho adequado de recepção no ambulatório, esse serviço precisa funcionar articulado aos outros dispositivos da rede. Esta articulação e a criação de novos serviços na rede propiciou um questionamento sobre o tipo de tratamento que se desenrola no ambulatório e quais as possibilidades de criação de novos arranjos assistenciais neste dispositivo.

O ambulatório inserido na rede de saúde mental vem recebendo ao longo dos últimos anos muitas críticas em relação ao modelo tradicional de tratamento que se desenrola em seu espaço, com pouca articulação entre os profissionais do próprio dispositivo e também da rede, conforme já vimos nesta dissertação. É importante situarmos seu lugar em momentos diferentes da política de saúde mental no Rio de Janeiro e procurarmos refletir sobre os desafios que são colocados a partir de uma reorganização da rede com novos direcionamentos políticos para a assistência em saúde.

Silva Filho (2000) destaca que na década de 80 o tratamento no ambulatório era proposto como “solução” para a redução do número de internações, entretanto isto não ocorreu na prática. Houve uma mudança de local da prática da psiquiatria, expandindo sua penetração social, mas a concepção do tratamento não foi modificada em sua essência, predominando uma preocupação com o controle social (SILVA FILHO, 2000). O foco do tratamento continuou na medicação.

No entanto, como destacamos no capítulo 1, naquele momento, os profissionais que trabalhavam no ambulatório que usamos como referência para este trabalho estavam imbuídos de uma vontade de mudar o tratamento que era oferecido aos usuários. Um dos momentos mais importantes de interlocução entre este ambulatório e outros serviços foi no início de movimentos que possibilitaram a Reforma Psiquiátrica, pois antes da lei que a institui no Brasil já havia a preocupação de alguns profissionais em modificar a lógica de tratamento excludente vigente até então.

O modelo de tratamento que se desenrolava no ambulatório, com consultas muito espaçadas e com foco no tratamento medicamentoso, mostrou-se insuficiente para evitar internações recorrentes e criou um novo problema: a fármaco-dependência. O CAPS passou a ser a principal alternativa para os casos mais graves, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, como serviço substitutivo ao manicômio. No entanto, a rede de saúde mental que passa a ter o CAPS como unidade estratégica, não prescinde do ambulatório e de outras estruturas como unidades de Emergência e internações psiquiátricas, programas de residência terapêutica, entre outras. Cada serviço tem sua importância e não é a criação de um novo dispositivo que garante a resolução de problemas que o desafio de atender com qualidade os usuários que buscam um serviço de saúde mental traz (TENÓRIO; OLIVEIRA; LECVCOVITZ, 2000).

Logo, não parece que estamos caminhando para a extinção do ambulatório, mas sim para uma necessária reforma deste dispositivo. Ele se constitui como uma porta de entrada na qual chega uma parte significativa da demanda para tratamento em saúde mental e deve estar capacitado para absorver usuários que não precisam chegar ao CAPS (TENÓRIO, 2000). No entanto, os ambulatórios parecem que estão sem fôlego para realizar o trabalho que lhes compete, pois além de contarem com poucos profissionais, situações complexas chegam nestes serviços que têm o desafio de construir respostas a elas. Casos de violência, uso abusivo de drogas e tentativas de suicídio são exemplos de situações que demandam muita atenção e investimento dos profissionais, gerando preocupação nas equipes que os recebem.

No texto elaborado pela Coordenação de Programas de Saúde Mental da Prefeitura do Rio de Janeiro “Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica” (2005) há uma indicação de que o trabalho do ambulatório deve se aproximar do território onde está inserido com ações que vão além dos atendimentos individuais, tais como: oficinas terapêuticas, atendimento domiciliar e contatos com instituições da comunidade (assistência social, educação e órgãos da Justiça, por exemplo). Também é indicado um uso maior de dispositivos de grupo como os grupos terapêuticos, de recepção e de medicação.

No ambulatório em pauta, há poucos grupos em andamento, em geral é realizado um grupo de recepção por mês e há um grupo terapêutico regular. A justificativa para tal fato é a pouca identificação dos profissionais com o trabalho de grupo, por não acreditarem em seus efeitos benéficos.

As visitas domiciliares são raras, sendo realizadas quando há uma solicitação da direção do posto ou de algum órgão da Justiça. Os contatos com outros dispositivos da rede são realizados quando a situação em acompanhamento pede. Para haver alguma mudança na prática deste serviço seria necessário que ocorressem mais momentos de troca entre os membros da equipe, pois o que acontece é que cada um toma as suas decisões isoladamente e são raras as oportunidades de compartilhamento do andamento do trabalho de cada um. Na reunião semanal de equipe, o tempo é insuficiente para uma discussão mais aprofundada sobre os casos, pois também são discutidos o fluxo do trabalho e problemas institucionais. Nesta reunião só estão presentes os psicólogos, o que contraria outra recomendação do documento citado, de que toda a equipe deve participar da reunião. Dois fatores devem colaborar para isto: a falta de disponibilidade para participar de um espaço coletivo de trocas e a agenda cheia dos médicos, devido às exigências de produtividade.

O ambulatório de saúde mental, mantendo o seu funcionamento tradicional, corre o risco de produzir cronificação, por não dar crédito à palavra do usuário e não considerar a necessidade de produzir ações que contemplem dispositivos da rede, possibilitando a criação de portas de saída e a circulação do usuário na rede. Rinaldi¹⁰ alerta para uma nova cronicidade que pode ocorrer também do lado dos técnicos, que não conseguem ou não querem ouvir nada além daquilo que já sabem. Exceções à parte, a ideia não é que o usuário se trate em um ambulatório de saúde mental por toda a sua vida, mas que a passagem por este dispositivo possibilite que em algum momento ele possa prescindir do serviço de saúde mental.

Muitas conquistas foram alcançadas a partir da Reforma Psiquiátrica, mas para cada profissional é colocado o desafio de avançar em um trabalho que as sustente, mesmo com as dificuldades com as quais se deparam no cotidiano dos serviços.

Forças contrárias à Reforma Psiquiátrica demandam novos posicionamentos daqueles que são engajados nela. Publicações recentes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) apontam para uma necessária revisão da Política de Saúde Mental e a análise crítica da eficiência dos CAPS. Membros da ABP criticam uma política de saúde mental que tem o CAPS como dispositivo central no redirecionamento da

¹⁰ Consideração extraída do trabalho “Que desafios o psicanalista enfrenta em sua prática no campo da saúde mental? O que essa prática pode ensinar aos psicanalistas?” apresentado no VIII Simpósio do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ - A importância da Psicanálise para a Psiquiatria no séc. XXI: clínica e pesquisa, em 5 de julho de 2012, UERJ.

assistência àqueles que apresentam transtornos mentais, afirmando que este modelo de cuidado prescinde do médico, o que não é verdade. Na prática o que acontece é a pouca oferta de psiquiatras que se interessam em trabalhar no paradigma da atenção psicossocial e a pouca atratividade das vagas para trabalho nos CAPS, devido à carga horária cobrada e o salário oferecido. Não negamos a importância de avaliar a eficiência dos serviços, mas é preciso que se faça a análise correta do problema para se pensar em alternativas para a melhora destes. Ao invés disto, é proposta a criação de ambulatórios especializados (de Esquizofrenia, de Transtorno de Humor Bipolar e de Neurolépticos de Ação Prolongada) e outras ações citadas em publicações da ABP, que mostram uma posição política contrária às diretrizes e formulações da Reforma Psiquiátrica (AMANCIO, 2012).

Devemos considerar que a mudança na concepção de tratamento para usuários que apresentam transtorno mental não é algo terminado, mas precisa ser sustentada cotidianamente pelos diversos dispositivos da rede. Uma das funções incluídas na proposta de atuação do CAPS é regular a porta de entrada da rede assistencial de seu território. No entanto, a articulação entre os dispositivos da rede tem se mostrado muito complicada, devido aos entraves burocráticos de alguns serviços e à saída de profissionais, sendo preciso reconstruir laços de trabalho frequentemente. Além disso, nem todos os profissionais que estão na rede acham importante esta articulação.

O CAPS não deve ser o único serviço a trabalhar considerando novas formas de assistência que não reproduzam o modelo hospitalocêntrico e medicalizador. É importante que qualquer profissional que vai lidar com o sofrimento mental tenha como referência as mudanças importantes ocorridas com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Desta forma o ambulatório não pode se isolar deste movimento amplo e tem a responsabilidade de trabalhar na lógica da atenção psicossocial. Mas, na prática, a integração do ambulatório a este novo modelo ocorre de uma forma lenta e enfrentando obstáculos de diversos tipos.

Conforme foi abordado nos capítulos anteriores, mesmo nos serviços que se propõem a trabalhar na nova lógica, na condução dos atendimentos podem ocorrer situações que reproduzam de outra forma a exclusão do usuário, caso o foco esteja em propostas de reabilitação psicossocial generalizantes, que desconsiderem o sujeito. O discurso da reforma ao defender a reinserção social e a inclusão do louco na sociedade pode acabar excluindo algumas particularidades com as quais lidamos na prática, ao

considerarmos a clínica do sujeito. Logo, no ambulatório também é indicado que se alie a lógica da atenção psicossocial à clínica do sujeito.

Assim como o CAPS, o ambulatório tem a responsabilidade de criar respostas singulares às demandas que lhe chegam, não apenas indicações para consultas psicológicas e psiquiátricas, mas respostas criadas a partir da escuta do usuário, que pode apontar para a necessidade de articulação com os serviços da rede, tais como os CAPS e, mais recentemente, as equipes de Saúde da família.

Nos últimos anos, houve um grande investimento político nos programas de Estratégia de Saúde da Família¹¹(ESF), que promoveu a expansão de sua cobertura e ocasionou a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que ajudam no estabelecimento e direcionamento de casos, um trabalho nomeado de matriciamento. Esta prática não se iniciou e nem é sustentada apenas pelos profissionais dos NASF. Inclusive nos anos de 2008 a 2010 houve um incentivo para a participação de profissionais de saúde mental em um curso de aperfeiçoamento em saúde mental na atenção primária (BABEL), voltado para profissionais dos NASF, CAPS e ambulatórios, além de médicos e enfermeiros das equipes da ESF. Dependendo da área programática e das articulações que se produzem, determinado dispositivo vai assumir prioritariamente as ações de matriciamento. Dentre estas ações estão: discussões de casos, interconsultas, visitas domiciliares realizadas em conjunto e planejamento para a realização de grupos ou outras atividades coletivas (COELHO; BURSZTYN; RAULINO; ARÔCA, 2012). O objetivo do matriciamento em saúde mental é que as equipes da ESF possam incorporar o olhar e o cuidado da atenção psicossocial em sua prática. Para isso é necessário um suporte efetivo por parte do matriciador e um contato regular que favoreça a formação do vínculo entre os profissionais.

A atuação das equipes de saúde da família inclui um conjunto de ações além da assistência médica, identificando as necessidades da população do território sob sua responsabilidade, o que demanda destes profissionais um contato permanente com a comunidade. Os NASF são constituídos por uma equipe multiprofissional (com profissionais de diferentes especialidades, tais como psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, entre outros, dependendo da necessidade de cada área programática) que dá apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família. O Programa de Saúde da

¹¹ A ampliação da assistência em saúde de base comunitária é uma meta da política nacional. O atual governo municipal do Rio de Janeiro tomou como prioridade esta meta atingindo no primeiro semestre de 2012 uma cobertura aproximada ao percentual de 35% (COELHO; BURSZTYN; RAULINO; ARÔCA, 2012).

Família atua numa perspectiva de promoção de saúde, que busca promover um cuidado integral, com intervenção no território. Um dos objetivos da inserção de profissionais de saúde mental no NASF é promover a capacitação dos profissionais que atuam diretamente na comunidade, os agentes comunitários, para identificar os casos com comprometimento de saúde mental e criar possibilidades de acompanhamento regular, quando for necessário.

Os princípios de atuação das equipes de saúde da família se aproximam dos propostos pela política de Saúde Mental, pautados na Reforma Psiquiátrica, tais como, atuação a partir do contexto familiar, a continuidade do cuidado, privilegiando a criação de vínculos entre os profissionais e os usuários, e a organização em rede. A rede de saúde mental conta com mais este dispositivo, que passa a trabalhar lado a lado com os outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico. Atualmente, a partir de indicações da gestão, considera-se que a ESF é a porta de entrada principal para os serviços de saúde, inclusive para a saúde mental, o que para alguns profissionais retira do CAPS sua função de ordenador da rede.

Há uma tendência observada no discurso da atenção primária de igualar as situações de saúde mental a outros problemas de saúde, desconsiderando sua especificidade, que demandaria uma equipe capacitada para reconhecê-la. Por outro lado, sabemos que este trabalho de sensibilização das equipes da ESF para as questões de saúde mental ainda é muito recente e pode produzir efeitos importantes em muitos casos. Logo, é necessária a formação de parcerias entre a ESF, o CAPS e o ambulatório para um melhor acompanhamento do usuário na rede.

Uma das principais tarefas do profissional de saúde mental no NASF é propiciar que os profissionais de outras áreas possam se aproximar dos moradores que apresentam sofrimento mental, favorecendo o cuidado de sua saúde física (MANSO, 2012). A proposta é que se compartilhe o cuidado e que não se estabeleça uma hierarquia entre os saberes para se produzir uma assistência à saúde integral. No entanto, na prática, da qual ouvimos alguns relatos, é comum que os profissionais esperem que cada saber dê conta de sua área, encaminhando o usuário sem uma discussão prévia do caso, com a perspectiva de passar adiante um problema que não se consegue manejar. Este modo de conduzir o trabalho ocorre não só pela quantidade grande de pacientes a serem acompanhados (cada equipe da ESF fica responsável em média por 3.000 habitantes), mas também pela dificuldade de se acostumar ao novo modelo de assistência. Na formação de muitos profissionais o trabalho interdisciplinar

não é contemplado e, além disso, é um trabalho que exige uma disponibilidade que nem todos os profissionais têm.

Este modo de se compartilhar os atendimentos, que já é característico dos CAPS, não é fácil de se estabelecer e, quando pensamos em aplicá-lo em uma rede de saúde, novas dificuldades se apresentam. Os trabalhos interdisciplinar e intersetorial já são defendidos na área de saúde mental há muito tempo e as dificuldades de realizá-los sempre se fizeram presentes. A proposta de um trabalho de matriciamento institui uma forma de se trabalhar que pode facilitar as trocas interdisciplinares e intersetoriais. E cabe ressaltar que ele é proposto para toda a rede, não apenas para o NASF.

Já em 1999, Campos apresenta uma análise sobre algumas mudanças na organização de trabalho em alguns serviços de saúde de Minas Gerais e São Paulo, apostando numa modificação no processo de trabalho a partir da constituição de equipes de referência, numa lógica que se assemelha à da estratégia da saúde da família, privilegiando o cuidado integral, a continuidade do cuidado e a construção do vínculo entre profissionais e pacientes. O autor observa que a estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimula o trabalho interdisciplinar. Quando diversos profissionais atendem a mesma pessoa, eles o fazem com ações separadas umas das outras, as decisões são tomadas de forma solitária, como já apontamos nesta dissertação.

Trabalhar com a perspectiva de equipes de referência e com o recurso do apoio matricial é uma metodologia de gestão em saúde que objetiva ampliar as possibilidades de realizar-se a clínica ampliada e a interlocução das diferentes especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Para que isto possa se concretizar é preciso uma reforma no modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde.

Ao se trabalhar com equipes de referência procura-se diluir a hierarquia entre as especialidades. Os autores apontam que no mecanismo de encaminhamento utilizado nos sistemas de saúde há um princípio de hierarquização. O profissional que demanda um apoio a um especialista estabelece com este uma relação do tipo vertical, havendo uma transferência de responsabilidade. Geralmente, o contato se faz por meio de informes escritos (referência e contra-referência). Os autores esclarecem que se trata de um estilo de relação entre trabalhadores, que foi concebido pela administração clássica, induzindo a sistemas burocráticos e pouco dinâmicos e a uma fragmentação do processo de trabalho. A lógica do apoio matricial aponta a possibilidade de estabelecimento de relações horizontais, numa tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde.

Em nosso ambulatório, recentemente enfrentamos uma dificuldade para estabelecer novos modos de trabalho. Estávamos iniciando articulações com as clínicas da família, estabelecendo parcerias e considerando um processo gradativo e cuidadoso de encaminhamento de usuários do serviço de saúde mental para estes dispositivos. Após a saída de dois psiquiatras do ambulatório e devido à impossibilidade dos seus pacientes serem atendidos por outro psiquiatra no mesmo serviço, estes recebiam a orientação da direção do serviço, segundo eles, para irem todos à clínica da família, sem antes ter discutido esta decisão com a equipe de saúde mental. Não sabíamos realmente como ia ficar a situação do acompanhamento destes pacientes, mas a questão é que este problema não foi discutido junto com a equipe.

Um fator muito preocupante vem agravar esse quadro. Há uma grande dificuldade na admissão de psiquiatras na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Deste modo, muitos pacientes ficam desassistidos ou precisam buscar atendimento longe de seu domicílio, o que também traz complicações, já que o município trabalha com a lógica de regionalização¹². Muitas vezes os serviços não se responsabilizam pelos usuários que têm como referência outro serviço, desconsiderando as particularidades de cada situação, numa lógica burocrática de organização do trabalho. No ambulatório onde trabalho, após meses sem solução para o desfalque da equipe (de quatro passou para dois psiquiatras), a diretora solicitou que as agendas dos psiquiatras que ficaram no serviço fossem preenchidas com estes pacientes desassistidos. Como eram muitos pacientes, deveria ser feita uma avaliação destes pelos psicólogos para verificar se era possível que fossem encaminhados para outros serviços (tais como as clínicas da família) ou mesmo que ficassem sem psiquiatras e passassem a ser atendidos somente por psicólogos. Cabe ressaltar que estes pacientes já haviam passado pelo acolhimento do serviço, antes de iniciarem acompanhamento psiquiátrico. Observamos que muitos já estavam em tratamento há muitos anos e não seria de uma hora para outra que decidiríamos sem o médico que ele não precisaria mais deste tipo de tratamento. Esta função equivocada delegada aos psicólogos levou a uma situação de angústia generalizada na equipe, já que não conseguíamos garantir a curto prazo o agendamento para o psiquiatra. As articulações com outros serviços para poder estabelecer parcerias e iniciar um trabalho de encaminhamento não estavam sendo possíveis com a procura enorme para reagendamento. Além disso, precisaríamos desmarcar usuários que já

¹² O Rio de Janeiro está dividido em áreas programáticas e dentro destas áreas há uma subdivisão em bairros e ruas, que define qual unidade de saúde é a referência para determinada região.

estávamos acompanhando para viabilizar que fizéssemos este serviço, prejudicando o trabalho que estava em andamento. Nesta situação vemos mais uma vez o quanto a direção do serviço desconsiderou as especificidades de nosso trabalho e o quanto precisamos com frequência sustentá-las em um trabalho que vem se mostrando árduo.

3.2 : A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E A AÇÃO MICROPOLÍTICA

É preciso refletir sobre os motivos de não serem bem sucedidas algumas propostas de mudanças dentro de alguma instituição ou do próprio sistema de saúde. Ao propor um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, Campos (1999) chama a atenção para o fato de que quando há uma tentativa de alterar o funcionamento em uma instituição continuam a ocorrer práticas do antigo processo de trabalho em oposição às mudanças almeçadas. O autor observa que há um descompromisso e uma alienação dos trabalhadores frutos de um sistema de poder altamente verticalizado, que centraliza a tomada de decisões. O que ocorre é que não se pensa em modificar esta lógica organizacional, o que resultaria em uma reforma do modelo de atenção à saúde. “ ...o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas.” (Campos, 1999, P. 395).

Em outro trabalho, Campos e Domitti (2007) apontam que há obstáculos na maneira como as organizações se estruturam tradicionalmente para o estabelecimento do modo interdisciplinar de trabalhar. Em geral, há uma concentração de poder nos diretores, nos médicos e nos especialistas. É rara a existência de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilhem a elaboração de planos gerenciais. E são poucos os serviços organizados em sistemas de co-gestão, onde haja uma construção de pactos de gestão definidos pelas diferentes equipes do serviço. Os modelos na organização dos serviços de saúde são geralmente idealizados por planejadores ou gerentes, que querem fazê-los acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas. Estas geram uma cadeia de atos que resultam no funcionamento de uma instituição ou organização. Entretanto, tais atos devem ser cumpridos por distintos atores, o que acaba gerando um conjunto diferenciado de práticas.

Podemos considerar estas observações dos autores como uma tendência ao enrijecimento dos serviços e uma dificuldade dos profissionais que estão atuando nestes, de modificar a ordem estabelecida, pois são modelos de gestão que não

compartilham as decisões com os membros da equipe. Desta forma, muitos profissionais acabam realizando seu trabalho de uma forma burocrática.

Em outro contexto, Costa (1991) procura analisar o que está na base do comportamento burocrático de profissionais de saúde inseridos no asilo, mas acreditamos que esta análise pode ser estendida a todos os serviços de saúde, ainda hoje. Segundo o autor, em qualquer variante do “fenômeno burocrático” está presente uma adesão cega e obediente do burocrata aos regulamentos e uma completa desconsideração das necessidades de quem busca o serviço, em nome de uma obediência à Ninguém, que pode ser nomeado como a tradição, a história ou o Estado, imperando o discurso “sempre foi assim e assim vai continuar sendo”. O objetivo do burocrata é sempre manter o mesmo e qualquer tentativa de mudança é combatida para se voltar ao que era antes (Costa, 1991). Não há espaço para o novo e o imprevisto no pensamento do burocrata. Com isso, ele rechaça aquilo que é característico do humano, a falta, o sofrimento e a diferença. Ele não acredita que dispõe de meios para agir socialmente de outro modo. A tarefa de pensar encontra-se atrofiada, ele só obedece. O autor aponta que há uma total demissão da responsabilidade individual, a culpa é sempre “dos políticos e do Estado”, que também não é pessoalizado e cobrado em suas responsabilidades. Tudo para favorecer que não haja mudança.

Mas, será que não há nada que possamos fazer e estamos todos fadados a reproduzir modelos já estabelecidos? O protagonismo de alguns grupos pode modificar a cultura das instituições. Se trabalhamos com a idéia de que são possíveis mudanças subjetivas, por que não acreditar em mudanças institucionais?

Na instituição existem as formas instituídas (naturalizadas e fixadas, como por exemplo, seus regulamentos), as forças instituintes (desejo de criar novas formas e normas) e os processos de institucionalização (reconhecimento de uma nova norma). Muitas vezes, aquilo que é instituído é tomado como natural, por estar oculta a história de sua origem. É preciso que constantemente possamos produzir estranhamentos sobre aquilo que é naturalizado, explicitando o que está oculto (CASTRO; DONATI; FIDELIS, 2008).

Podemos destacar então as principais dificuldades para implementação de modelos. A primeira é dada pelas condições (institucionais, materiais e informacionais) necessárias à implementação do modelo no alcance de seus objetivos. A outra se refere ao quase habitual desencontro desses objetivos, predefinidos pelos gestores nos modelos

ideais, e as práticas efetivamente exercidas para execução do trabalho que resultará em sua realização (PINHEIRO; LUZ, 2003).

As dificuldades de se implantar esta nova concepção de atenção à saúde, baseada no trabalho interdisciplinar, são devidas também em grande parte a formação profissional basicamente voltada para o modelo biomédico. A questão da formação profissional se mostra essencial, mas não se trata apenas de aquisição de conhecimentos teóricos, mas sim do modo como podemos nos posicionar enquanto sujeitos diante de um outro (MARON; BORSOI, 2007) e mais especificamente, de um outro em sofrimento. Neste sentido, a análise pessoal pode propiciar efeitos importantes para o profissional que trabalha em saúde mental.

Para se trabalhar de modo interdisciplinar, é preciso que se acredite que há uma complexidade no processo saúde-doença, que nenhuma especialidade pode considerar adequadamente trabalhando de forma isolada. Há também a dificuldade de se tomar decisões de forma compartilhada, o que exige uma predisposição subjetiva para fazer e receber críticas.

3.3 : A REDE DE SAÚDE MENTAL: ARTICULAÇÕES POSSÍVEIS

Como já foram apresentadas as atuais modificações na rede de saúde mental e as dificuldades de se trabalhar em articulação com outros profissionais dentro do próprio serviço e na rede, veremos algumas tentativas de se estabelecer um trabalho em rede, apesar das dificuldades.

A rede está em constante mudança com a criação de novos serviços e a chegada de novos profissionais. As pessoas devem ser acolhidas nestas múltiplas portas de entrada. Com o objetivo de organizar a rede de assistência, os CAPS atendem prioritariamente pessoas com transtorno mental severo e persistente¹³, que passam por situações de maior complexidade, com fragilidade no estabelecimento de laços e poucos vínculos afetivos, com a necessidade de um cuidado mais intensivo. Os ambulatórios também se responsabilizam pelos casos graves, mas que não necessitam de um cuidado intensivo. Já os NASF dão suporte às equipes da ESF para efetivar a proposta de que os casos considerados leves e moderados, tais como os transtornos de ansiedade, de humor, usuários crônicos de benzodiazepínicos e com queixas somáticas difusas possam ser

¹³ Ver Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.

acompanhados neste dispositivo, prioritariamente em grupos e caso seja preciso medicar, o clínico faria isso com o suporte do psiquiatra do NASF, do CAPS ou dos ambulatórios (COELHO; BURSZTYN; RAULINO; ARÔCA, 2012). Esta orientação geral dos serviços não deve descartar a particularidade de cada situação que chega.

Quando a pessoa se dirige a um serviço ela o faz de acordo com a idéia que tem sobre este serviço, o lugar que ele tem em sua história. É comum ouvirmos dos usuários frases como essas: “foi aqui que eu me tratei da coluna e melhorei. Quero continuar com meus médicos aqui.”, “venho a este posto desde bebê.”. Desta forma, podemos perceber que o encaminhamento a outro dispositivo é um processo delicado, pois é preciso criar um sentido deste para o usuário e não apenas atender a uma necessidade de reorganização dos serviços. No entanto, observamos que em alguns setores da unidade de saúde este cuidado não está sendo tomado. Desde a implantação das clínicas da família, muitos casos deixam de ter o acompanhamento de costume e passam a ser encaminhados às clínicas.

Levcovitz (2000) aponta que um dos principais desafios para a organização dos serviços de saúde é a relação com a demanda que lhe chega. Com o argumento da escassez de recursos técnicos, o trabalho permanente de recepção dos usuários muitas vezes é prejudicado, considerando-se mais adequado deixar a porta do serviço fechada ao invés de se refletir sobre o que é possível fazer com a demanda.

A porta de entrada de um serviço configura-se também como a entrada da rede de saúde e não apenas daquele serviço isolado. O ambulatório de saúde mental deve ser valorizado como um dispositivo importante, mas precisa trabalhar articulado com a rede, procurando buscar soluções outras que não somente a inserção do usuário no ambulatório, mas em outro serviço, como as clínicas da família, por exemplo. A questão é o modo como os encaminhamentos são feitos. Não se deve encaminhar os usuários de uma forma burocrática, como alguns entendem, por exemplo, ao supor que todos os “casos leves” de saúde mental deveriam participar de atividades de convivência nas clínicas da família. Os usuários que se enquadrariam como “casos leves” poderiam ter sua demanda trabalhada nos ambulatórios, não necessariamente com a concepção de que precisam de um tratamento a longo prazo, mas podendo ter um suporte temporário de um profissional “psi”. Além disso, dentro desta classificação, “casos leves”, reúnem-se situações bem diferentes e que muitas vezes são casos de grande sofrimento psíquico. As atividades nas oficinas de convivência são importantes para alguns usuários, mas somente agrupar estas pessoas para realizar atividades não seria suficiente para

modificar sua posição subjetiva e deste modo pode-se estar gerando desassistência para os usuários.

O que produz maior dificuldade é a definição dos casos que precisam de acompanhamento especializado. E esta pergunta não se coloca somente para os profissionais do NASF, mas para todos que atuam nas portas de entrada dos serviços. No entanto, não é fácil definir qual é a resposta a ser dada a cada demanda que se apresenta e respostas-padrão não são efetivas. É comum ouvirmos nos fóruns de saúde mental a busca por uma padronização de ações, como por exemplo, a tentativa de se estabelecer que “todo paciente que sai de uma internação deve passar pelo CAPS?” ou “todo caso que chegue ao ambulatório deve também estar em acompanhamento pela ESF?”. A orientação de que sejam pensados direcionamentos no caso-a-caso ainda é a mais efetiva.

Quando um determinado dispositivo é privilegiado, há um temor que se desmonte um dispositivo já existente. Na prática, verificamos que não há o mesmo investimento político nos diferentes dispositivos, o que dificulta a continuidade de trabalhos já iniciados. Em determinadas áreas programáticas, houve um deslocamento de profissionais inseridos em ambulatório para o trabalho no NASF. Alguns CAPS estão situados em locais não apropriados por falta de pagamento do aluguel das casas que ocupavam antes. Há necessidade de mais profissionais nos ambulatórios, mas são contratados para trabalhar nos NASF. A criação de novos dispositivos não deveria ser feita em detrimento do bom funcionamento de outros. Cada um tem seu lugar e sua importância dentro da rede.

Com a implantação dos novos dispositivos, novas parcerias devem ser estabelecidas de acordo com a necessidade de cada caso. Por outro lado, quando há muitos atores envolvidos, há uma preocupação em estabelecer o papel de cada um em um momento delicado, como, por exemplo, em uma crise. Questiona-se se a crise deveria sempre passar pelo CAPS ou por um psicólogo do NASF ou se um agente comunitário poderia manejar uma crise. Não dá para estabelecer uma resposta *a priori*, mas a princípio seria importante que os profissionais de saúde mental que estejam envolvidos no caso sejam acionados em caso de uma crise, sempre que possível.

Há uma dificuldade do CAPS em se colocar disponível para acolher as situações de crise, pois muitas vezes a equipe se sente ameaçada pelo usuário que está em crise e que apresenta um comportamento agressivo por não haver o número adequado de profissionais no momento ou pelo despreparo para lidar com a crise. No entanto, para

Maron e Borsoi (2007) é preciso apostar que a crise seja vivida em um ambiente coletivo, que possa tolerar o sofrimento, possibilitando transformações na vivência do usuário. Quando o usuário passa a confiar em uma equipe, ele pode sinalizar que não está bem e pode prescindir do recurso da internação psiquiátrica ou ao menos vivenciar esta de uma forma não violenta, sem provocar ruptura ou esgarçamento dos laços sociais.

Segundo as autoras, não se deve abafar a urgência, pois ela pode ser um momento propício para que se produza algo de novo. Quando o usuário está em crise, ele sinaliza que precisa sair do espaço onde a crise foi engendrada, mas isto não significa sempre a necessidade de internação. Além disso, é preciso lidar com o paradoxo de que para se encaminhar uma urgência é preciso tempo, ao passo que o que define a urgência é a falta do tempo. No entanto, quando damos uma resposta universal à crise, como, por exemplo, utilizando medicamentos como haldol e fenergan, perdemos a possibilidade da emergência de algo que diz respeito a um sujeito. Entrar em contato com o intolerável que o usuário apresenta na crise é essencial e não há um tempo definido para que isto possa ocorrer. O sintoma pode ser uma via para a emergência do sujeito, caso se consiga singularizar o sintoma, fazendo com que o usuário se aproprie dele. Este trabalho pode ser propiciado através da escuta da crise e do sintoma que o usuário narra.

Todos os serviços deveriam poder lidar com a crise e com a emergência, pois esta pode ocorrer em diversos contextos. Aliás, há mais chances do usuário ser melhor atendido na crise por um serviço que já o conheça, que tem mais possibilidade de realizar um trabalho clínico com ele. É preciso descentrar e situar a emergência e a urgência em seu contexto (MARON; BORSOI, 2007). Sabemos que nem todos os serviços são equipados com recursos humanos e técnicos adequados, mas o mais importante no acolhimento é a disponibilidade do profissional para ouvir e construir com o usuário um modo possível de contornar a crise.

Conforme já foi apontado neste trabalho, o usuário deve ser acolhido em qualquer serviço que chegue, sendo de extrema importância o atendimento prestado na porta de entrada que é crucial para se estabelecer direcionamentos posteriores. E em muitos casos, a porta de entrada escolhida ou mais disponível para o usuário é a ESF.

Mas, será que os profissionais de saúde mental do NASF se disponibilizam a realizar o trabalho de recepção de usuário da forma como este é realizado nos serviços de saúde mental? Eles também consideram a importância de um tempo para que se

produza um endereçamento e se constitua uma demanda para tratamento? Cabe ressaltar que o psicólogo que atua no NASF não tem por responsabilidade prestar atendimento a longo prazo e nem se responsabilizar pelo acompanhamento psicológico propriamente dito de usuários. Em alguns casos, quando necessário, são realizados atendimentos individuais, mas caso se verifique que há uma demanda para acompanhamento regular, os usuários são encaminhados para ambulatórios ou CAPS. Algumas vezes inclusive, mesmo que se encaminhe alguém, o profissional pode continuar envolvido em sua assistência, não no acompanhamento regular, mas no suporte em situações necessárias, como ocorre no matriciamento. Muitas vezes pode-se verificar que aquela demanda de saúde mental não precisa necessariamente ter como resposta um acompanhamento regular por um profissional de saúde mental, mas outras respostas podem ser construídas, como por exemplo, a participação em grupos de convivência e o acompanhamento pelo agente comunitário, que pode se dirigir a um profissional de saúde mental para lhe dar um suporte quando necessário. Neste sentido, o profissional de saúde mental do NASF pode auxiliar na identificação e construção de demandas que passariam a não sobrecarregar o ambulatório.

Alguns profissionais que trabalham no NASF se incomodam com a concepção de alguns de que eles seriam especialistas que dariam conta de todas as questões de saúde mental, podendo orientar as equipes da ESF. Algumas falas de psicólogas do NASF apontam para isso: “temos que entender de tudo um pouco, identificar os casos para atendimento.”; “toda a situação em que não sabem o que fazer encaminham para gente, imaginando que a gente deve saber.” Neste sentido, a lógica de um cuidado integral não funciona adequadamente, pois não há uma preocupação em compartilhar o cuidado, mas somente encaminhar, quando surge algo que o profissional não considera como sendo de sua área de saber.

Os próprios profissionais do NASF ficam confusos quanto a sua função, o que acaba prejudicando a escuta do usuário. Uma psicóloga do NASF ficou preocupada com a dificuldade de encaminhar um homem que ela havia atendido algumas vezes na clínica da família. Foi realizado encaminhamento para um ambulatório, mas ele não foi ao serviço e toda semana a procurava na clínica. Em uma supervisão clínica, ao trazer o caso para a discussão disse que o NASF “não poderia ser ambulatório”. A supervisora valorizou o movimento de endereçamento do usuário à psicóloga e ressaltou que ela deveria continuar atendendo até que fosse construído o encaminhamento. Foi levada em

conta a temporalidade deste usuário, pois nem o endereçamento de demanda, nem o encaminhamento tem um prazo pré-determinado para ocorrer, depende de cada situação.

Algumas parcerias estabelecidas entre profissionais do ambulatório e do NASF podem potencializar o trabalho com os usuários que já são acompanhados pelo ambulatório, ou propiciar que outros cheguem ao ambulatório para iniciar um acompanhamento.

Como exemplo desta parceria NASF-ambulatório, pensamos no caso de uma senhora que chega ao grupo de recepção do ambulatório com a queixa de que seu marido faz uso abusivo de álcool há muitos anos e recusa-se a buscar ajuda, apesar de haver prejuízos a sua saúde (pelo relato parece que já se configura o início de um quadro de demência alcoólica). Ela mostra-se muito ambivalente em relação a querer cuidar dele, relatando mágoas por situações de agressão por parte dele. No entanto, sente que precisa cuidar dele, apesar de na prática estar assistindo a seu definhamento. Foi proposto um espaço de atendimento psicológico no ambulatório para ela e foi realizado um contato com a psicóloga do NASF de referência para sua área de moradia para pensarmos em estratégias para acompanhamento desta situação. A psicóloga do NASF se responsabilizou a conversar com a agente comunitária de saúde e com o clínico da clínica da família para propiciar que eles pudessem estar atentos às necessidades de saúde do marido dela.

Em outros casos, o próprio profissional do ambulatório pode fazer contato com a equipe de saúde da família, sem precisar da intermediação do profissional do NASF. Tudo vai depender da avaliação feita a partir das necessidades de cada caso. No caso que utilizei como exemplo, a psicóloga do ambulatório preferiu não estar tão envolvida com as preocupações com a saúde do marido da usuária para não atrapalhar a escuta dela.

É importante que cada serviço saiba o seu lugar na rede, mas na chegada de cada novo usuário, o que vai definir sua permanência ou encaminhamento para outro serviço é a disponibilidade do profissional que o recebeu, para ouvir o sujeito e identificar se há o surgimento de um endereçamento que pode propiciar a construção de uma demanda de tratamento. É o profissional que ao investir no caso pode viabilizar seu acompanhamento. Deste modo, é preciso que no acolhimento não fiquemos presos a perfis prévios e não tenhamos pressa para encaminhar, o que frequentemente resulta em encaminhamentos equivocados que podem produzir desassistência.

Encaminhar, mais do que referir um usuário a outro serviço, significa dar consequência a algo, no caso do tratamento, fazer com que ele avance em determinada direção. No entanto, muitas vezes, o encaminhamento se baseia no que é insuportável para o profissional que cria como defesa a idéia de que existiria um lugar ideal para lidar com determinada demanda (MARON; BORSOI, 2007), ao invés de lidar com a angústia que alguns casos suscitam e manejá-la. O encaminhamento deve fazer sentido para o usuário, se não se confunde com despachar, se livrar do problema. Em cada caso a rede vai se formando, de acordo com o que é contingencial.

Na articulação entre os diferentes serviços podemos perceber que a maioria queixa-se de sobrecarga de trabalho e quando é trazido um caso clínico para a discussão, a maior preocupação é com a possibilidade de absorver aquele caso no serviço, o que dificulta a construção do caso.

Vejamos outro exemplo. Em uma supervisão clínica, uma psicóloga precisava encaminhar uma jovem de 23 anos, que estava em acompanhamento no CAPSI (Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil) há 5 anos, por estar no limite de idade para acompanhamento em tal serviço. Segundo a descrição da psicóloga, tratava-se de uma moça que recebeu o diagnóstico de transtorno bipolar do humor, que apresentava diversos episódios de crises de heteroagressividade, que culminaram em internações psiquiátricas, com a frequência de uma a cada 2 anos, aproximadamente. Apesar de frequentar o CAPSI tanto para atendimento individual, quanto o espaço de convivência, nos períodos de crise, o CAPSI nunca se constituiu como um espaço de referência para ela e para a família. Nestes momentos, eles recorriam à internação psiquiátrica e não avisavam para a equipe do CAPSI sobre o ocorrido. Após as altas das internações, ela passava por períodos longos de prostração e quase não frequentava o serviço. As crises se desencadeavam após as tentativas da usuária inserir-se em alguma atividade de trabalho, o que aconteceu algumas vezes, mas com curta duração. A psicóloga avaliou que era necessário que ela prosseguisse em acompanhamento em um CAPS, pela gravidade do caso. No entanto, a profissional do CAPS, alegou que o caso “não era perfil de CAPS” (sic), pois havia alguma autonomia da usuária, o que possibilitaria seu acompanhamento em um ambulatório. Os profissionais do ambulatório, por sua vez, se preocupavam com a gravidade do caso e temiam não conseguir oferecer um atendimento adequado apenas com o dispositivo de consultas. Foi discutida a importância de haver uma clínica ampliada nos ambulatórios, com uma maior oferta de espaços de atendimento coletivo e uma disponibilidade dos profissionais para acolher a

pessoa no momento em que ela fosse ao serviço, mesmo que não se tratasse de um paciente acompanhado por este profissional. A equipe do ambulatório aprovou a idéia, mas colocou em questão a sua operacionalidade. A questão principal foi: como conciliar as exigências de produtividade da gestão do ambulatório com esta nova proposta de cuidado ambulatorial? Às vezes o profissional precisa realizar contatos para interlocução com outros serviços ou propor atendimentos extras para um usuário que demanda em determinado momento um cuidado mais intensivo, mas não há horário disponível na agenda para isto. No entanto, sabemos que muitas vezes esta justificativa é utilizada para encobrir a falta de disponibilidade do profissional em receber um caso novo, pelo temor de não conseguir acompanhá-lo adequadamente ou pela falta de desejo para atender tal usuário.

Ao final da reunião de supervisão foi decidido que o CAPS receberia a usuária, não por uma escolha da profissional, mas por uma decisão da maioria que estava presente no grupo. Interessante notar que na reunião não faltaram argumentos de ambos os serviços para que o caso fosse recebido pelo outro serviço, mas ninguém se disponibilizou verdadeiramente para recebê-la. Será que havia realmente um local mais adequado para o atendimento dela ou o mais importante seria que alguém investisse no caso?

No trabalho com psicóticos é preciso um grande investimento e uma aposta na possibilidade de que algo possa se modificar, em um trabalho que leve em conta a transferência, sustentada pelo desejo do analista (MEYER, 2007).

Segundo Figueiredo (2007) o desinvestimento do profissional carrega duas ameaças: a burocratização do trabalho clínico ou um fechamento dentro de sua categoria profissional, corporativismo, acirrando disputas de poder. Observamos em nossa prática que algumas vezes que há um desinvestimento tanto no atendimento prestado ao paciente quanto no trabalho na instituição. Podemos nos perguntar: por que muitos ainda continuam lá? Felizmente, há profissionais que apesar das dificuldades acreditam que podem fazer a diferença com seus atos.

Vejamos outro fragmento de caso clínico, que ajuda a entender a importância da interlocução entre serviços para o estabelecimento de um acompanhamento.

Um homem atendido em um ambulatório da rede pública de saúde foi encaminhado pela psiquiatra do serviço para atendimento psicológico. Nas entrevistas iniciais, falou que não servia mais para nada, após ter sofrido AVC recentemente, tendo ficado com comprometimento no movimento das pernas e dos braços. Queixava-se de

desânimo. Antes do AVC, ele fazia alguns serviços para os vizinhos. Nos três encontros no grupo de recepção, ele também relatou que ficava muito irritado com um menino que “implicava com ele” (sic) e que ainda ia “bater nele para ele aprender” (sic). Relatou também várias situações nas quais respondia de uma forma agressiva quando “implicavam” com ele, nos fazendo suspeitar de um quadro de psicose. Sua irmã disse que esta situação que ele relatava tinha acontecido há anos, mas ele não esquecia e havia piorado após o AVC. Como ele perdeu sua função anterior na comunidade e ficou restrito à casa, acreditamos que isto tivesse provocado uma piora de seu quadro clínico.

Foi realizado um encaminhamento para o CAPS, para que ele pudesse se beneficiar das atividades das oficinas terapêuticas. No contato com o CAPS, foi argumentado que ele não era perfil de CAPS e que como ele já era atendido no ambulatório pela psiquiatra deveria ser acompanhado integralmente no serviço. Ao se definir um perfil prévio de usuários para cada serviço, desconsidera-se a singularidade de cada caso que chega ao serviço. Muitas vezes este argumento de “não ser perfil” para determinado serviço é utilizado como motivo para não receber o usuário. O que deveria definir se o serviço irá receber alguém é a escuta do caso e a consideração do endereçamento que possa ocorrer.

Indicaram também a sua inserção do usuário na Vila Olímpica, pois não acharam muito adequado que ele fosse ao CAPS só para participar das oficinas. Alguns usuários do CAPS frequentam a Vila, o que segundo uma técnica de lá pode ser mais interessante do que ficar restrito às atividades dentro da instituição.

Como não foi possível encaminhá-lo ao CAPS, foi decidido que ele seria acompanhado individualmente pela psicóloga no ambulatório. Quanto à Vila Olímpica, não foi possível o contato, mas posteriormente avaliou-se que não era o momento de encaminhá-lo, era preciso um trabalho prévio. Ele faltou aos primeiros atendimentos agendados e, em contato telefônico, sua irmã disse que ele havia perdido a consulta da psiquiatra também por se recusar a sair de casa. Em conversa com a médica foi agendada uma consulta extra. Sua irmã queixou-se que não conseguia atendimento fisioterápico para ele e foi realizado um contato com a agente comunitária da equipe de saúde da família referente à sua área de moradia, que providenciou uma visita domiciliar. Ele passou a ir aos atendimentos psicológicos. Relatava situações em que se irritava muito e dizia que tinha medo de agredir a psicóloga. Posteriormente, houve uma suposta mudança de posição, e ele passou a dizer que se alguém lhe fizesse algum mal, ele a defenderia, assim como fazia com suas irmãs, demonstrando desta forma a

ambivalência na relação com a psicóloga. Trouxe também questões relativas à sexualidade, dizendo que precisava de um remédio para acabar com os germes e limpá-lo, após ter tido relações com uma prostituta. Em muitos momentos disse que o tratamento estava lhe fazendo bem. Neste momento inicial de acompanhamento um vínculo transferencial já se delineava. O investimento no caso e a busca de articulação com outros membros da equipe e da rede de saúde foram fundamentais para viabilizar o acompanhamento do usuário, com a aposta de uma mudança subjetiva.

Apesar de acharmos inicialmente que o usuário deveria ser acompanhado no CAPS, não foi inviável seu acompanhamento no ambulatório, na medida em que a psicóloga pôde apostar no vínculo transferencial. Inclusive, ao iniciar o acompanhamento dele, percebemos a importância de apostar em um trabalho clínico e não apenas indicar atividades. É claro que o fato do CAPS contar com o dispositivo das oficinas e do espaço de convivência, onde o trabalho coletivo é priorizado, possibilita um enquadre mais favorável ao atendimento com alguns psicóticos, como já foi apontado. No entanto, ao realizar articulações com outros profissionais, forma-se uma rede com a qual o trabalho pode ser compartilhado, viabilizando o atendimento de casos mais graves mesmo no ambulatório. O que define se alguém ficará em um serviço ou não é o investimento do profissional no caso e sua conscientização de que não é possível trabalhar sozinho em determinadas situações, abrindo mão de uma posição onipotente de quem sabe o que é melhor para o usuário e considerando os seus limites na condução do tratamento. Como aponta Figueiredo:

A rede pública de serviços de saúde mental é uma hipótese a ser testada, ou uma proposta a ser implantada, não existe em si, não está dada a princípio, é mais uma aposta política e clínica...dependendo dos enlaçamentos que se produzem a cada vez (FIGUEIREDO, 2008¹⁴).

É importante que se busque eliminar a disputa imaginária entre estes serviços e que eles passem a trabalhar articulados para a produção de cuidados em saúde mental no território. Muitas vezes, observamos que ao se tentar discutir os casos vêm à tona acusações entre os membros das equipes e a discussão do caso fica em segundo plano. Trabalhar em equipe e em rede traz novas perspectivas para casos graves, que exigem a interlocução de profissionais de diferentes serviços, num modelo de atenção baseado no cuidado compartilhado e na corresponsabilização dos diferentes atores da rede.

¹⁴ “Sujeito, estrutura e rede: a psicanálise na atenção psicossocial” – trabalho apresentado no V Simpósio da pós-graduação da UERJ – Estrutura e Psicanálise (2008).

Esta corresponsabilização deve ser levada em conta desde o início do contato com o usuário. Uma situação que angustiou os profissionais envolvidos foi levada ao Fórum de Saúde Mental. Um rapaz esteve internado em um hospital geral após uma tentativa de suicídio. A psicóloga do hospital passou a atendê-lo até ele receber alta médica por já estar reestabelecido fisicamente. No entanto, a psicóloga considerou que ele não estava bem psiquicamente e que havia um risco de uma nova tentativa de suicídio. Fez um encaminhamento para uma Emergência Psiquiátrica em outro hospital da região. Após passar por uma avaliação na Emergência, ele foi liberado para casa. No dia seguinte, jogou-se junto com sua irmã pela janela e precisou ser hospitalizado novamente. Não sabemos se faria diferença, mas a psicóloga não realizou um contato telefônico com o médico que o iria receber na Emergência. Além disso, ele não poderia ter sido encaminhado ao CAPS? Às vezes, esquecemos ou não valorizamos determinados atos que podem evitar tragédias.

Nos casos citados neste capítulo, podemos perceber mais claramente a importância dos dispositivos criados para facilitar a articulação dos profissionais da rede: a supervisão clínica e os fóruns de saúde mental. Estes espaços podem facilitar que sejam explicitados impasses clínicos e institucionais que ocorrem nos diferentes dispositivos e favorecer que laços de trabalho se criem e se fortaleçam.

CONCLUSÃO

Durante o meu percurso na rede pública de saúde, tenho passado por diversos aprendizados, o que possivelmente não ocorreria no consultório. Dentre estes, pude aprender e ainda estou aprendendo a me despir de uma posição onipotente e poder expor minhas dificuldades no manejo das situações clínicas, pois é difícil suportar acompanhar situações de tamanha gravidade sem dividir as questões com os colegas de trabalho. Em uma instituição fica claro que nenhum saber sozinho consegue dar conta das complexidades que se apresentam no cotidiano do serviço e acabamos por ressituar nosso saber e seu lugar no mundo. Os limites estão colocados, mas possibilidades surgem a partir de parcerias. No entanto é preciso estar aberto para as trocas poderem se estabelecer.

O problema da insuficiência do número de profissionais em um serviço de saúde mental para atender uma demanda permanente é difícil de solucionar. A saída é encontrarmos formas criativas de lidar com a demanda, como, por exemplo, a construção de parcerias dentro e fora do serviço que possibilitem tecer uma rede de suporte ao usuário. Desta forma é possível que os trabalhadores de saúde mental não precisem “aguentar toda a miséria do mundo” (LACAN, 1974), pois são divididas as responsabilidades e multiplicam-se as formas de abordar o paciente.

Fundamental para se construir a rede é a escuta do usuário, de sua queixa que pode vir a se constituir em uma demanda de tratamento. Como foi visto nesta dissertação, para possibilitar este trabalho é preciso construir um vínculo com o usuário. A partir do referencial psicanalítico, o sujeito que, em geral, desafia e destabiliza as normas e perspectivas da instituição, é tomado como principal elemento na construção de um projeto terapêutico.

Logo, não podemos aceitar que o trabalho se paralise, que a escuta se enrijeça e que nossa prática se torne cronicada. É preciso desejo e investimento para levar adiante este trabalho. As tentativas de construção de um trabalho coletivo, participando das reuniões de equipe, dos fóruns de saúde mental e das supervisões clínicas, são exemplos deste investimento no trabalho, sustentados por um desejo de promover a diferença a cada encontro com o usuário nos serviços de saúde mental.

Outra maneira de possibilitar a efetivação de um trabalho com melhor qualidade nos ambulatórios seria haver um maior investimento com relação à formação de profissionais, com mais incentivo da gestão dos serviços e da Secretaria de Saúde à participação em

cursos e à formação acadêmica. O que encontramos são iniciativas isoladas de alguns profissionais; outros podem não se sentir impelidos para uma atualização de conhecimentos, por já ocuparem um cargo em um serviço público. No entanto, para quem está implicado com o trabalho, as próprias dificuldades na condução deste já deveriam produzir um movimento em busca desta atualização.

Esta dissertação trouxe como ponto principal a importância de buscarmos trabalhar não a partir de nossos ideais, mas sim deixarmos nos guiar pelo que a clínica nos indica. Neste caminho, muitas vezes seremos surpreendidos por alguma coisa que não se encaixa naquilo que esperávamos encontrar ou alcançar em determinado atendimento, mas é a única forma de acolhermos o usuário que nos procura, que apresenta suas angústias e particularidades.

É preciso insistir, criar e recriar. Nosso trabalho apresenta como especificidade o fato de não ser transmissível por via de uma técnica ou um saber estabelecido, pois é realizado sempre a cada vez, de uma forma radical. E na rede pública, como há modificações de programas políticos e conseqüentemente mudanças de atores da rede, a insistência e a repetição das especificidades do trabalho para uma nova equipe mostram-se mais importantes ainda.

Devemos acreditar que apesar das dificuldades, podemos oferecer um atendimento com qualidade e não aceitar que se generalize e ocorra na prática um discurso de desvalorização do serviço público. Freud (1918) previa que o trabalho analítico poderia ser oferecido a um maior número de pessoas em instituições públicas e que a técnica poderia precisar de alguma adaptação neste contexto, mas os elementos mais importantes do trabalho continuariam a ser os da psicanálise estrita.

Precisamos sustentar a especificidade de um trabalho analítico, que se não for tomado como uma “bandeira” pode produzir efeitos importantes para muitos usuários. Desta forma, estaremos colaborando para por em prática a indicação de Freud de que um tratamento a partir da psicanálise deva ser oferecido à população mais pobre, reconhecendo a importância de um trabalho voltado para a saúde mental, já que na prática observamos a chegada de muitos casos de neurose grave e psicoses que não chegariam ao consultório e podem se beneficiar de uma abordagem psicanalítica.

Além disso, a própria instituição pode funcionar como continente para muitos casos, o que reforça a importância da existência de instituições públicas de assistência a usuários com transtorno mental.

É muito comum ouvirmos um discurso pessimista de que se não acontecerem mudanças na dimensão da macropolítica, não é possível intervir na micropolítica. No entanto, no cotidiano dos serviços, podemos observar várias estratégias de sustentação de um trabalho que se baseie em pressupostos clínicos e éticos que questionam uma determinada direção política. Como exemplo de uma política que vem sendo discutida, podemos citar a atual proposta de tratamento de usuários de drogas, com forte ênfase na internação, quando sabemos que na rede existem dispositivos como consultórios de rua, CAPS e ambulatórios que realizam um trabalho importante com estes usuários. A internação tem o seu lugar em uma rede de atenção psicossocial, só questionamos seu lugar no centro de uma proposta política para a saúde, na contramão dos avanços alcançados pela Reforma Psiquiátrica. Na contramão desta direção política, mantemos o trabalho de atendimento a usuário de álcool e outras drogas na rede de saúde mental. Na área programática abordada neste trabalho, houve inclusive a formação de um grupo de trabalho para discutir as especificidades desta clínica. Este é um exemplo entre muitos em que podemos observar uma tensão entre a clínica e a política e se coloca para nós o desafio de articular estas duas dimensões.

No desenvolvimento desta dissertação foi sendo possível a elaboração de questões que se colocaram para mim desde o início do meu trabalho na rede pública de saúde. No início, considerava o dispositivo de grupo somente como uma alternativa à falta de profissionais para atender individualmente e com minha participação na coordenação dos grupos de recepção e posterior reflexão no desenrolar da dissertação, fui percebendo os efeitos do trabalho de grupo para alguns usuários. A expectativa de construir uma demanda de análise me levou a fazer algumas intervenções equivocadas, percebidas devido aos seus efeitos. Nem todos os casos que chegam a um serviço de saúde mental terão como indicação um trabalho de análise e é preciso estar aberto e sem expectativas na condução deste trabalho de recepção para não impor nossos ideais e poder construir direcionamentos singulares para cada caso.

Estar aberto para aprender com os casos é um desafio que se coloca para quem está envolvido com o trabalho em saúde mental, pois muitas vezes somos tomados por expectativas nossas em relação ao tratamento, com um saber prévio, que nos ensurdece para qualquer outra coisa que seja diferente dele.

Outra expectativa que se colocou para mim refere-se ao efeito desta dissertação sobre o trabalho realizado no ambulatório. Muitas vezes, fui tomada pelo desânimo, considerando que de nada adiantariam reflexões sobre o trabalho se a direção do posto

não fosse sensível a elas. No entanto, hoje percebo que esta dissertação me ajudou a estar mais firme em minhas posições, propiciando a defesa de nosso trabalho e a valorização de um espaço de reflexão coletiva como estratégia para fortalecer o trabalho da equipe, favorecendo a continuidade de um trabalho do qual sabemos da importância a partir do que recolhemos da clínica.

Cabe ressaltar que só foi possível refletir sobre o trabalho realizado por estar em constante discussão com os pares da rede, que também enfrentam impasses semelhantes nos outros serviços. Um efeito interessante desta interlocução foi a idéia da criação de um grupo de trabalho sobre ambulatório na AP 5.1.

Além disso, as trocas permanentes que se estabeleceram nos espaços de pesquisa e orientação frequentados durante a elaboração de minha dissertação foram fundamentais para uma crítica e elaboração das experiências vividas.

De um questionamento sobre a qualidade do trabalho de recepção, fui levada a pensar sobre a clínica que se desenrolava no ambulatório e a partir daí sobre seu lugar na rede, considerando a possibilidade de ser um espaço potente de tratamento, com a saída de seu tradicional isolamento. A partir da reconfiguração de suas práticas o ambulatório pode exercer um protagonismo numa clínica ampliada na saúde mental. Modificações na maneira de se trabalhar podem ajudar a encontrar caminhos para realizarmos o desafio de articular clínica e política.

Trabalho interdisciplinar e intersetorial são grandes moles para a área de saúde mental, mas há grandes dificuldades em realizá-los, conforme vimos nesta dissertação. Principalmente o contato com outros setores como a educação e a Justiça são muito raros neste ambulatório. Frequentemente, os profissionais veem a troca com outros profissionais como um a mais que vai atrapalhar o ritmo de seu trabalho, sua produtividade e sua rotina dentro do serviço. Há uma dificuldade em enxergar estas formas de interlocução como potencializadoras da clínica.

No entanto, quando estamos atentos às necessidades de cada caso que nos chega, percebemos que fazer clínica vai muito além de atendermos, cada um com sua técnica, seu saber em sua sala fechada. Fazer clínica é se debruçar sobre os casos, é abrir nossos olhos para a complexidade deles e acionar outros profissionais quando necessário. Se não pensarmos assim, corremos o risco de lidarmos com pessoas, como se fossem objetos, passíveis de se encaixar em nossas teorias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTI, S.; ALMEIDA, C. P. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (orgs.) *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. In: Saúde e Sociedade, p. 16-29, v. 13, n. 3, 2004.

AMANCIO, V. R. *Uma clínica para o CAPS: a clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise*. Curitiba, PR: CRV, 2012.

BATAILLE, L. *O umbigo do sonho: por uma prática da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

BARCELLOS, A.P.A. *De um saber não sabido: construções de uma análise em instituições públicas*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2010.

BEZERRA, D. S.; RINALDI, D. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. São Paulo, v.2, n. 2, p.342-355, junho 2009.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Em: *Legislação em saúde mental. 1990-2004*. 5.ed. rev. atual. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005*. Brasília: MS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

_____. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, 2010. *Cadernos IPUB. A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, v. VI, n.17, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. In.: *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):393-403, 1999.

_____.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In.: *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CASTRO, A. B. R.; DONATI, T; FIDELIS, R. O. Trabalhando em equipe e trabalhando a equipe: limites e possibilidades da inserção da psicologia no trabalho multidisciplinar. In.: *Revista Práxis e Formação*, UERJ, RJ, ano 1, p. 77-83, 2008.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1978.

COELHO, D. A. M.; BURSZTYN, D. C.; RAULINO, L. E. G.; ARÔCA, S. R. S. *Sobre o início do matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações*. PCRJ, 2012.

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

_____. Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. In: *Clínica do social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991.

COTTET, S. *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

ELIA, L. A rede da atenção na saúde mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1997.

_____. Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. In: *Cadernos IPUB - A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental*, vol. VI, nº 17, p. 124-130, IPUB/UFRJ, 2000.

_____. A função da psicanálise (e do psicanalista) na clínica da atenção psicossocial. Nascimento, E. & Gonzáles, R.C. (orgs.) *Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade – Série Teoria da Clínica Psicanalítica*, nº 2. Salvador, EDUFBA, 2007, p. 81-89.

_____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: Guerra, A.M.C. & Moreira, J.O. (orgs.) *A psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba: Editora CRV, 2010.

FREUD, S. (1950[1895]) Projeto para uma psicologia científica. In: *Obras Completas, Vol. I*, 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. [1910] Psicanálise silvestre. In: *Obras Completas, Vol. XII*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. [1912] a Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Obras Completas, Vol. XII*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. [1912] b A dinâmica da transferência. In: *Obras Completas, Vol. XII*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. [1913] Sobre o início do tratamento. In: **Obras Completas, Vol. XII**, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. [1914] Recordar, repetir e elaborar. In: **Obras Completas, Vol. XII**, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. [1916-1917] Conferências introdutórias sobre psicanálise. Psicanálise e Psiquiatria. In: **Obras Completas, Vol. XVI**, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1919[1918]) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Obras Completas, Vol. XVII**, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1930[1929]) O mal-estar na civilização. In: **Obras Completas, Vol. XXI**, Rio de Janeiro: Imago, 2006.

LACAN, J. [1955] Variantes do tratamento padrão. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____, (1957-1958) De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____, [1958] A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____, [1959-1960] **A ética da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____, [1960-1961] **O Seminário, livro 8: a transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____, [1964]a **Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____, [1964]b Ato de fundação. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____, [1966] O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**. São Paulo, n.32, p. 8-14, 2001.

_____, [1967] Proposição de 9 de outubro de 1967. In: **Outros Escritos**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2003.

_____, **Televisão** (1974) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

LEVCOVITZ, S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. In: **Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental**, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 21-29.

MANSO, C. C. Práticas em equipe: o processo de constituição do NASF e o deslocamento do lugar do especialista. In: COELHO, D. A. M.; BURSZTYN, D.

C.;RAULINO, L. E. G.;ARÔCA, S. R. S. *Sobre o início do matriciamento em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro: reflexões, relatos e recomendações*. PCRJ, 2012.

MARON, G.; BORSOI, P. (orgs.) *Urgência sem emergência*. ICP RJ/Subversos, 2007.

MEYER, G.R. A clínica da psicose no campo da saúde mental: transferência e desejo do analista. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. X, p.319-331, 2007.

MONTEZUMA, M. Transferência e encaminhamento na instituição de saúde mental. In: *Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 117-123.

OLIVEIRA, L. *Reflexões sobre a noção de demanda e a escuta do analista nos grupos de recepção de saúde mental*. Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ em 2011.

OLIVEIRA, R. C. A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: *Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 30-46.

PALOMBINI, A. L. Por uma ética da clínica, aposta nos que resistem. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (orgs.) *A psicanálise nas instituições públicas. Saúde mental, assistência e defesa social*. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2010.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Ministério da Saúde, Abrasco, 2003. p.7-34.

PORGE, E. *Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje*. Campinas: Editora da Unicamp, 2009.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, Secretaria de Saúde, Subsecretaria de Ações e Serviços em Saúde, Coordenação de Saúde Mental. *Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica*. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde, 2005.

QUINET, A. O corpo e seus fenômenos. *Revista do Simpósio do Campo Freudiano*, Belo Horizonte, 1988.

RECHTAND, M. E LEAL, E. M. Notas sobre a emergência psiquiátrica. In: *Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 92-99.

RINALDI, D. *A Ética da diferença*. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed., 1996.

_____, O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D. : JORGE, M.A.C. (orgs.) *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2002.

_____, Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (orgs.) *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

_____, Entre o sujeito e o cidadão. In: Alberti, S. & Figueiredo, A. C. C. (orgs) – *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*, Rio de Janeiro: Ed. Companhia de Freud, 2006, p. 142.

_____. ; BURSZTYN, D. O desafio da clínica na atenção psicossocial. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60, n. 2, 2008.

_____, Entre novos e velhos modelos: os desafios do trabalho em equipe nas instituições de saúde mental. In: *Bol. Saúde, Porto Alegre*, v.23, n. 2, jul./dez. 2009.

_____. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. In: GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (orgs.) *A psicanálise nas instituições públicas. Saúde mental, assistência e defesa social*. 1. ed. Curitiba: Editora CRV, 2010.

SILVA FILHO, J. F. O ambulatório e a psiquiatria. In: *Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 17-19.

TENÓRIO, F.; OLIVEIRA, R.; LECVCOVITZ, S. Apresentação: a importância estratégica dos dispositivos de recepção. In: *Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 7-14.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: *Cadernos do IPUB. A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental*, UFRJ, vol. VI, n. 17, 2000, p. 79-91.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico. In: *Opção Lacaniana*, online nova série, ano 1, nº 1, 2010.

ZENONI, A. *Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan, Abre Campos* – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares, Belo Horizonte: Ano I – No. 0, Junho/2000.

_____. *L'autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*. Toulouse: Erès, Coll. Point Hors Ligne, 2009.