



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

O vínculo-rede no cuidado a mulheres e adolescentes expostos a violência

CAMPINAS

2022



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

O vínculo-rede no cuidado a mulheres e adolescentes expostos a violência

Julia Nachle

Trabalho final apresentado como conclusão da  
Residência Multiprofissional em Saúde Mental  
da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Rosana Teresa Onocko  
Campos

CAMPINAS

2022

## RESUMO

Esse trabalho parte da experiência de dois anos em um Programa de Residência em Saúde Mental e Saúde Coletiva e tem como objetivo observar como o cuidado em rede pode possibilitar uma remalhagem da fragmentação gerada pela exposição a violência em adolescentes e mulheres. Considerando a conjuntura social e política permeada pela lógica capitalista, em um primeiro momento, é analisada a influência da mesma nos processos de trabalho na área da saúde e na subjetividade dos sujeitos. Esse modelo escancara a diferença do acesso aos direitos básicos entre os indivíduos. Junto a isso, nota-se um aumento das situações de violência em nossa sociedade. Assim, proponho-me a discutir a importância da criação de uma gama de serviços para ofertar cuidado aos sujeitos que foram ou estão expostos a violência. Essa discussão é realizada à luz do que Benghozi (2010) nomeou enquanto “vínculo rede”. Para tal, foram utilizadas as experiências de dois serviços diferentes, sendo um deles um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e o outro o Ambulatório para Pessoas Expostas a Violência da Universidade Estadual de Campinas. As particularidades do cuidado às mulheres expostas a violência foram discutidas por meio de um caso atendido no CAPS AD. Já a experiência de atendimento do adolescente se deu no Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas a Violência (NAPEV), um dos pilares do Ambulatório, fomentando a discussão sobre as especificidades no atendimento à essa população. Foi-se observando também a importância do cuidado aos trabalhadores que lidam com a violência em seu cotidiano, assim, por meio da exposição do outro pilar deste mesmo ambulatório, a Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição de Violência (RASEV), foi possível ofertar um espaço de acolhimento e discussão de casos permeado pelo apoio matricial intersetorial. Por fim, discuto com esses relatos de experiência como se faz importante considerar a violência enquanto destruturadora do sujeito para então, reforçar a importância de que os profissionais possam atuar como sustentação para os usuários de modo a colaborar na remenda desses rompimentos.

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	7
3. METODOLOGIA	7
3.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	8
3.2 Ambulatório	9
3.2.1 Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição a Violência (RASEV)	10
3.2.2 Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas a Violência (NAPEV)	11
4. DISCUSSÃO/REFERENCIAL TEÓRICO	11
4.1 Algumas considerações no cuidado a violência	18
4.1.1 Com mulheres	18
4.1.2 Com adolescentes	20
5. RELATO DE EXPERIÊNCIA	25
5.1 "Ela desatinou, desatou nós", tem que viver só?	25
5.2 "Eu sempre fui o esquisito"	30
5.3 "A gente respira violência o dia inteiro"	34
6. CONCLUSÃO	36
6.1. Da sustentação de redes para <b>mulheres, adolescentes e profissionais</b>	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

## 1. INTRODUÇÃO

A atual conjuntura social e política do Brasil é permeada pela lógica capitalista. A globalização permitiu a criação do que Broide (2010) chama de "fatias de território globalizado", isto é, diversos locais do mundo passam a compartilhar os mesmos objetos de consumo cada qual em seu próprio território.

O autor apresenta que esta lógica de consumo acaba oferecendo aos indivíduos uma falsa ideia de satisfação, já que o fetiche (desejo?) por essa mercadoria acaba incentivando o aumento do dispêndio de sua força de trabalho para que possa conseguir alcançá-la. A busca incessante de fazer parte daquilo que é identificado como relevante nas diversas camadas sociais, acaba tratando-se uma necessidade de preencher um vazio, permeado pela "falsa necessidade" (BROIDE, 2010, p. 50). Esse processo se intensifica com o desenvolvimento da tecnologia, permitindo que a maioria da população tenha acesso às informações e tendências.

Esses processos de dominação e concentração de renda produzem um sujeito esvaziado (BROIDE, 2010), que "busca reconhecer-se no outro e pelo outro ao consumir marca única, sempre igual, em igual espaço arquitetônico [...]" (p. 50). Este autor afirma que esse consumo lhe dá a - falsa - sensação de pertencimento e identidade.

A competitividade produzida por esse processo de globalização é resultado da busca máxima pela eficiência na produção como forma de reconhecimento dentro da lógica econômica mundial. Isso afeta a forma de produção em todos os serviços. O setor de saúde não está isento dessas influências (ONOCKO CAMPOS, 2014), moldando e alterando a forma como a produção de saúde é ofertada aos sujeitos.

Além da modificação gerada nos serviços, nota-se também um aumento da desigualdade social, segregando os indivíduos. Poucos têm muito e muitos têm pouco. Pouco acesso a possibilidades, pouco acesso a condições básicas de sobrevivência, pouco acesso à seus direitos. A desvantagem social a qual esses sujeitos estão expostos afeta, de certa forma, o processo de subjetivação e pode influenciar o aumento da violência entre os indivíduos (GAMA, 2011).

Gama (2011) ilumina a discussão de que muitas vezes a saúde, por ser um local de portas abertas, acaba sendo uma alusão à figura do Estado e suas falhas, assim, acaba também favorecendo para uma sensação de "desamparo" dos usuários dos serviços. Desta forma, considerar essa desvantagem poderia fomentar a organização de uma trama de serviços, de políticas públicas e de sujeitos para proporcionar remendo à desigualdade do acesso aos direitos básicos (BENGHOZI, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) se torna porta de entrada para que os sujeitos manifestem as suas insatisfações com as negligências do Governo (GAMA, 2011). Com um sistema sobrecarregado e desfalque técnico para dar sustentação a essas situações de desamparo e desvantagem, a falta de um suporte já pode ser vivenciada enquanto violência para esses sujeitos. Gama (2010) alerta: "pode haver uma passagem de certo mal estar provocado pelo desamparo social para a doença"(p. 61), o que chama de um "deslizamento do sofrimento social para o individual".

Assim, nota-se um aumento dos adoecimentos psíquicos também gerados pela vulnerabilidade social. Esse cenário afeta grande parte da população brasileira. Neste contexto de vulnerabilidades, existem dois grupos que eu gostaria de destacar: as mulheres e os adolescentes. O olhar para eles se faz necessário quando entende-se que para além de todas as impossibilidades de acesso citadas acima, ambos são atravessados por outras situações de violência cotidianamente.

As mulheres pelas violências de gênero que as inferiorizam. Os adolescentes por uma falta de suporte às minuciosidades do processo que estão passando, pois muitas vezes tem figuras de cuidado ausentes que precisam se deter a trabalhar para conseguir ofertar o básico.

A experiência da violência causa impacto no sujeito, podendo vir a gerar uma cisão em seu psiquismo (PIVA, 2011; TRACHTENBERG, 2007). É uma marca permanente. A dificuldade de lidar com essa marca influencia e tem implicações consideráveis no sujeito, em seu psiquismo e em sua saúde mental. Quando essas situações não são cuidadas, olhadas e consideradas, é possível que esses efeitos passem despercebidos e sejam transmitidos de geração em geração (TRACHTENBERG, 2007)

A prática vivenciada pela residente durante os dois anos de especialização despertou a necessidade de um olhar ao cenário político, social, cultural e individual que os usuários dos serviços de saúde estão vivenciando. Considerar esses pontos, leva ao cuidado integral do sujeito que foi/está exposto a violência. A vinculação e fortalecimentos dos serviços no cuidado aos sujeitos em situação de desvantagem social é importante para organização do que Benghozi (2010) chama de vínculo-rede. Tramas e tessituras que poderão vir a dar sustentação para este indivíduo.

## 2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Observar como o cuidado em rede pode possibilitar uma remalhagem da fragmentação gerada pela exposição a violência em adolescentes e mulheres

Objetivos específicos :

1. Apresentar a importância da construção de rede, problematizando os endereçamentos dos casos para as instituições.
2. Investigar a importância do apoio matricial intersetorial na construção de uma rede para o cuidado, por meio do relato de experiência.
3. Expor dois casos selecionados a partir da experiência no Programa de Residência para colaborar na exploração das possibilidades de manejo às situações de violência.
4. Observar como a oferta de um espaço de psicoterapia grupal colabora no cuidado de pessoas expostas a violência.
5. Investigar os limites e possibilidades da atuação profissional em um serviço especializado em saúde mental na construção de redes
6. Refletir sobre a importância do cuidado aos profissionais que atendem pessoas expostas a violência

## 3. METODOLOGIA

*"[...] uma sociedade constituída sob o signo da informação é uma sociedade na qual a experiência é impossível. "(Bondía, 2002, p. 22)*

Trata-se de um relato de experiência de caráter exploratório e investigativo com intuito de verificar e explorar teorias já estabelecidas (YIN, 2001). A partir das vivências profissionais durante uma especialização em Saúde Mental, foram selecionadas experiências (BONDÍA, 2002) vivenciadas em um serviço especializado da rede de Saúde Mental e em um ambulatório de pessoas expostas a violência, fruto de uma pesquisa de implementação realizada na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A ciência de implementação diz respeito a um estudo dos diferentes recursos que esboçam as transposições de resultados de pesquisas (práticas baseadas em evidências) em ações e mudanças pertinentes nas práticas de indivíduos, de organizações e instituições (PROCTOR et al, 2008).

Sendo considerada uma produção científica, o relato de experiência proporciona o acesso, por meio da linguagem, da vivência como uma possibilidade de disparar discussões à uma análise crítica (DALTRO e FARIA, 2019). Bondía (2002) faz a diferenciação entre o processo de conhecimento, informação e experiência. Ele afirma que indivíduos que são "fabricados e manipulados pelos aparatos da informação e da opinião" tornam-se "um sujeito incapaz de experiência" (p.22).

A dificuldade de se ter uma experiência no mundo moderno também diz respeito à rapidez e velocidade nas quais as vivências dos indivíduos ocorrem (BONDÍA, 2002). Assim, um "sujeito de experiência", termo utilizado pelo autor, é aquele que se afeta de algum modo pelos acontecimentos vivenciados, abrigando marcas, efeitos e sinais em si. Ele afirma que é um sujeito definido pela sua "receptividade, por sua disponibilidade e por sua abertura"(p.24)

Considerando o que Bondía (2002) entende enquanto experiência e que esta pode ser considerada enquanto "objeto de análise" (DALTRO E FARIA, 2019, p.227) penso ser relevante apresentar neste trabalho as situações que impactaram meu processo formativo como forma de exemplificar e buscar sustentação nas teorias. Por ser uma pesquisa qualitativa, seu principal objetivo é compreender (MINAYO, 2011) aquilo que está sendo investigado. O relato de uma experiência oferece um saber pessoal e subjetivo, abrindo possibilidades para que a heterogeneidade, a diferença e pluralidade sejam acessadas (BONDÍA, 2002).

Tanto o primeiro ano da residência quanto o segundo ano fizeram marcas em mim no âmbito profissional, mas também no âmbito pessoal. São usuários que vou levar comigo e profissionais que vou lembrar quando estiver na minha prática depois da residência. A violência que eles passam diariamente me afetou para olhar para isso com mais cuidado.

Os relatos foram coletados em serviços diferentes. O primeiro relato, de uma mulher, foi atendido em um Centro de Atenção Psicossocial, já o segundo relato, de um adolescente, foi coletado nos grupos de psicoterapia breve de um ambulatório em implementação. A terceira vinheta clínica diz respeito a um compilado de conteúdos que vivenciei enquanto apoiadora matricial de encontros intersetoriais.

### 3.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Em 2001, foi instituída a Política de Saúde Mental no Brasil, na qual fica determinado que os usuários dos serviços passam a ter proteção e direitos de modo a assegurar seu acesso a tratamento na rede pública de saúde. Diante disso, é criada a Rede de Atenção Psicossocial, como forma de ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias (BRASIL, 2011).

Um dos componentes da rede é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um equipamento especializado para o cuidado dessas pessoas, o oferecendo por meio de uma equipe multiprofissional. O atendimento pretende preservar e fortalecer os laços do usuário com seu território, procurando oferecer a reinserção social desse usuário, tendo como prioridade o cuidado em espaços coletivos. A oferta de atendimentos pode ser também individual, levando em conta a singularidade e autonomia do sujeito.

Os CAPS podem ser considerados enquanto peça chave na reforma psiquiátrica, sendo visto como uma rede substitutiva dos hospitais psiquiátricos. Eles foram formulados na política em algumas modalidades. O CAPS AD é destinado a pessoas que apresentam necessidades de atendimento decorrentes ao uso problemático de substâncias, sendo um “serviço de saúde mental aberto e comunitário” (BRASIL, 2011).

O campo de experiência do primeiro ano da especialização foi um CAPS AD que atende demandas de um território da cidade de Campinas. É um CAPS que conta com 8 leitos para observação e monitoramento de usuários que estão “em crise”, com funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana.

### 3.2 Ambulatório de Pessoas Expostas a Violência

A implementação de um Ambulatório de Pessoas Expostas a Violência é uma pesquisa realizada pelo Laboratório de Saúde Coletiva e Saúde Mental - Interfaces - da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), conjuntamente com as redes de Assistência Social e da Saúde da Prefeitura Municipal de Campinas.

A proposta das pesquisas de implementação é que ocorra uma intervenção no presente, considerando uma lacuna entre aquilo que é planejado e aquilo que é executado. Ela é utilizada no sentido de desenvolver estratégias para aperfeiçoar os processos e resultados das práticas em saúde, com o objetivo de produzir, testar e refinar teorias e hipóteses. Esse tipo de pesquisa busca aprofundar na melhor maneira para que as práticas e intervenções possam ocorrer no dia a dia (PROCTOR et al, 2008, PETERS et al, 2014).

Essa lacuna é chamada de "gap" e diz respeito ao que se sabe sobre a forma como os cuidados são conhecidos por serem efetivos e aquilo que é oferecido e que os usuários dos serviços experienciam (PROCTOR et al, 2008). É por meio de uma pesquisa de implementação que se pretende potencializar o sucesso desses cuidados e serviços.

Considerando a carência de serviços para o cuidado a pessoas expostas a violência, tem-se a ideia da implementação desse ambulatório. A pesquisa conta com três momentos

diferentes: a fase de pré-implementação, a implementação e a pós-implementação. Em cada uma dessas fases foram investigadas e avaliadas questões diferentes.

Na pré-implementação, a ideia era de se aproximar tantos de profissionais quanto de usuários dos serviços de saúde e da assistência do município de Campinas, para conseguir entender como se dava o cenário dessa rede. A proposta era implementar um ambulatório que iria oferecer sessões de psicoterapia breve psicanalítica para mulheres e adolescentes expostos a violência.

Nessa fase, os trabalhadores trouxeram também, para além da importância de um cuidado aos usuários, um espaço para que os próprios profissionais pudessem usufruir de um local no qual pudessem expor também como se dá o manejo e como isso os influencia em sua prática diária. Com isso, o ambulatório passa a ser composto por dois pilares: a Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição a Violência (RASEV) e o Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas a Violência (NAPEV).

Durante minha experiência no ambulatório, estávamos na fase da implementação propriamente dita dos serviços no intuito de verificar a execução e os impactos deste projeto de pesquisa na rede de saúde mental de Campinas.

### 3.2.1 Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição a Violência (RASEV)

Para além da lógica capitalista instigar competitividade, influencia também na estruturação das instituições. A busca pela eficiência e destaque dos indivíduos em seus processos de trabalho induzem, como Onocko-Campos (2014) pontua, a uma sobreposição da lógica da produtividade em relação à produção de saúde. Ela indaga essa nova estruturação: "os serviços de saúde vieram ao mundo para produzir saúde, não para serem eficientes" (p. 66).

Essa prática baseada em produtividade influencia o manejo com os usuários dos serviços de saúde que acabam sendo reduzidos aos seus sintomas, com a dominação da lógica queixa-conduta. Com atendimentos rápidos, pouco elaborados e muitas vezes feitos na pressa, o sujeito fica de lado e o que se sobressai são seus sintomas.

O arranjo como a RASEV é uma proposta para caminhar na contramão desse sistema. Os arranjos são formas mais permanentes e mais duráveis que irão colaborar na organização desses serviços, de modo a incentivar "a produção de autonomia, criatividade e desalienação de maneira permanente"(ONOCKO CAMPOS, 2014, p.69).

Assim sendo uma combinação entre um apoio matricial intersetorial (entre saúde e assistência social) e uma proposta de Educação Permanente, a RASEV acontecia com trabalhadores da atenção primária à saúde e com trabalhadores de diversos níveis de atenção da assistência social uma vez por mês de acordo com os eixos do território Norte de Campinas.

### 3.2.2 Núcleo de Assistência Psicanalítica para Pessoas Expostas a Violência (NAPEV)

O espaço de cuidado para os usuários expostos a violência ocorriam por meio das ofertas de grupos de psicoterapia breve com orientação psicanalítica. Considerando que os usuários que passam por situações de violência permanecem calados, com receio de poder compartilhar e ser invalidados, é importante a existência de um espaço que possa vir a proporcionar a fala e acolhimento para essas questões. Esses locais seguros para escuta podem oferecer ao usuário validação de seu discurso e a possibilidade de elaboração.

A utilização desses grupos com as populações escolhidas, mulheres e adolescentes, diz respeito ao alto índice de violência experienciado por esse público na cidade de Campinas. Os grupos aconteciam durante oito semanas, com encontros que aconteciam uma vez por semana, na Universidade Estadual de Campinas. Cada um dos grupos, tanto o de mulheres quanto o de adolescentes, contavam com dois terapeutas (um residente e um pós graduando).

## 4. DISCUSSÃO/REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que ocorrem efeitos da violência no psiquismo dos sujeitos e a experiência como residente nos anos de especialização, pretendo dar início às discussões trazendo à tona questões bastante iniciais da constituição do sujeito e de sua subjetividade.

Os espaços de trocas entre o bebê e o ambiente, durante o período da infância, são importantes, considerando que colaboram para o processo de compreensão do bebê entre aquilo que é seu (próprio) e aquilo que é do outro (WINNICOTT, 2019). Essa relação é colorida também pelo desejo daqueles que exercem a função materna e paterna e a partir daí, são transmitidos também valores e leis familiares para o novo integrante da família.

Essa transmissão, quando feita de uma geração para a outra, pode-se dar de forma intergeracional ou transgeracional (TRACHTENBERG, 2007; BENGHOZI, 2010). Esse vínculo entre o bebê e seus familiares firma “o berço psíquico do sujeito, [...] uma tecelagem psíquica grupal” (CORREA, 2003, pg. 35). Na constituição deste berço, com esses vínculos se entrelaçando, ocorre a transferência e a repetição de conteúdos geracionais.

Nas transmissões intergeracionais o indivíduo não é apenas receptor desse conteúdo, mas ocorre também uma atividade psíquica de construção e transformação deste. Isso leva a possibilidade de ocorrer uma distinção, que possibilita os sujeitos a se inscreverem na composição familiar de forma individual, permitindo serem respeitadas as diferenças entre as gerações. Esse tipo de transmissão, oferece um “olhar consistente”, ou seja, de uma figura que pôde ofertar um espaço suficientemente seguro e adequado para esse bebê (TRACHTENBERG, 2007)

Com situações que afetam as funções parentais e também a oferta deste espaço seguro ao bebê, as transmissões desses conteúdos também sofrem modificações. Essas situações, como a violência, lacunas nas histórias, vazios e lutos não elaborados, podem prejudicar a

*“capacidade metabolizadora parental das ansiedades primitivas do bebê, como também propiciar uma inversão na linha geracional [...] ocasião em que o filho torna-se depositário da angústia parental”* (TRACHTENBERG, 2007, p. 161).

Considerando que ocorra uma dificuldade de manejar e sustentar as angústias do bebê, este acaba sendo depositário das angústias próprias de suas figuras de cuidado. Essas situações são chamadas de transmissões transgeracionais, ou de um “olhar transparente” (TRACHTENBERG, 2007). Nela ocorre um atravessamento desses conteúdos no psiquismo do bebê/sujeito sem que a subjetividade dos indivíduos seja diferenciada e considerada. Esse olhar transparente ao qual a autora se refere diz respeito à experiência de uma figura não acessível, com a impossibilidade de ofertar **simbolização** ao bebê.

A violência pode influenciar a oferta de um espaço suficientemente bom para que o bebê possa acessar um espaço com a função que Winnicott (2019) chama de holding, para então, vir a simbolizar os processos vivenciados na infância. Esse personagem (figura de cuidado) que irá apresentar o ambiente para o bebê e organizá-lo, pode ser intrusivo muitas vezes e/ou ser atravessado por situações de violência, sendo esta passível de interferir na transmissão daquilo que é ofertado e propiciado ao bebê/sujeito

*“Toda violência se caracteriza pela humilhação. O paradigma da violência é a humilhação destruidora do que funda o sujeito enquanto humano”* (BENGHOZI, 2005, p. 105)

A violência atravessa as pessoas, muitas vezes sem nem ser percebida. O aumento dos casos de violência nos últimos anos, faz com que seja preciso um olhar à mesma como um fator de saúde pública (DAHLBERG e KRUG, 2006). As pessoas expostas a violência sofrem com diversos efeitos advindos desta situação, podendo ser tanto na ordem física e clínica, quanto na ordem psíquica. Essas situações não implicam em um só tipo de consequência, atingindo várias camadas ao mesmo tempo (SCHRAIBER, 2001; MARTINS e LACERDA, 2014).

Muitas vezes, a violência é vista como uma reação comum dos indivíduos aos empecilhos que encontram no cotidiano. Porém, não se pode deixar de esclarecer que ela debilita a qualidade de vida dos sujeitos (MARTINS e LACERDA, 2014). Para aprofundar, Martins e Lacerda (2014) exploraram o que Martin Baró nomeou enquanto violência.

Os autores apresentam que Baró fez uma distinção entre uma violência estrutural e uma violência derivada. A primeira diz respeito a uma violência "produzida pela existência de uma estrutura social produtora de miséria na abundância" (MARTINS e LACERDA, 2014, p. 575) e a outra como um resultado das situações de abuso de poder e repressão dos sujeitos existentes na sociedade capitalista. Essa diferenciação se faz importante por permitir que seja explicitada a influência da realidade social e cultural no que diz respeito à propagação da violência.

Os autores também contribuem dizendo da processualidade histórica da violência, isto é, a expressão da violência é influenciada pelos termos e alternativas existentes na sociedade, sendo efetivada de acordo com as "forças sociais que facilitam ou não" (MARTINS e LACERDA, 2014, p.576) sua configuração.

Diante disso, a violência é perpetuada com a influência da economia, das questões sociais e políticas. Isso porque, segundo Broide (2010), o desamparo é um dos pilares do capitalismo. Esse desamparo, como bem explica o autor citando Freud, pode ser experienciado já nas relações mais primitivas entre a mãe e o bebê. A ação realizada pela função materna auxilia na satisfação daquilo que o bebê sente, como a necessidade de alimentação, por exemplo. Essa ação específica de um outro pode propiciar alívio momentâneo e sana o desamparo vivenciado pelas sensações internas. Aqui estamos considerando o desamparo como uma vivência intensa de angústias.

Para Broide (2010), "o desamparo é motor da relação com o outro" (p.52). Esse motor influenciado pela competitividade do mundo capitalista implica, em prol sua sobrevivência, em um apagamento do outro. Aceitando condições de trabalho insalubres, muitas vezes para que a empresa se sustente, o medo de ser apagado/demitido é o que faz com que essa roda capitalista continue girando. Medo este que pode ser relacionado com o receio de (re)vivenciar o desamparo infantil.

A violência é um fenômeno que viola a identidade do sujeito, desconsiderando suas características e particularidades, como se fosse um objeto sem a possibilidade de desejar (PIVA, 2011). Essa ruptura causada pela intensa angústia vivenciada na violência gera uma “marca que [...] não é passível de representação” (TRACHTENBERG, 2007, p. 346).

A exposição a violência caracteriza um rompante na subjetividade do sujeito e uma afronta contra o laço do vínculo-continente (BENGHOZI, 2010). Ela é devastadora do indivíduo, opera por meio da submissão e diminuição dele, podendo vir a desumanizar o sujeito, "transformando-o em objeto inanimado"(PIVA, 2011, p. 549).

A violência pode causar uma "catástrofe psíquica" (PIVA, 2011, p. 549). A autora também retoma as contribuições de Freud para introduzir esse termo, considerando o que ele dizia sobre o funcionamento do psiquismo por meio das pulsões. Para ela, Freud afirmava que a violência é característica do ser humano, considerando que a descarga da pulsão de morte é própria ao indivíduo. Diante de uma situação traumática, ameaçadora e negativa, os mecanismos usuais de defesa deste psiquismo se mostram muitas vezes insuficientes, instaurando uma ruptura no aparelho psíquico (PIVA, 2011).

Para além da violência se perpetuar por influências sociais e culturais, é importante olharmos também para sua ocorrência em um nível mais micro. O indivíduo está imerso em uma tessitura de vínculos e relações de um grupo familiar, sendo assim, os demais presentes nessas ligações também são afetados pela violência. (BENGHOZI, 2010) Assim, as clivagens podem ser transmitidas de geração em geração sem que sejam elaboradas e apresentadas, dificultando o processo de simbolização da situação de exposição a violência ((TRACHTENBERG, 2007).

Com o aumento das situações de violência no país, com a grande crise econômica e a falta de políticas públicas para dar sustentação às experiências dos sujeitos, é possível pressupor que grande parte dos sujeitos de nossa sociedade estão expostos a violência. A desvantagem social que esses indivíduos experienciam nos leva a pensar nas particularidades do manejo com esses usuários. A sustentação que pode ser oferecida pelos profissionais de saúde, por exemplo, como forma de testemunhar a verdade do trauma, tanto considerando a violência social quanto às diversas formas de violência individuais, é uma forma de dar valor ao que está sendo dito por esse usuário, em um ambiente acolhedor (ONOCKO CAMPOS, 2022, no prelo).

Profissionais que possam estar presentes com empatia, com presença e escuta completa, possibilitam uma nova possibilidade desse usuário reescrever sua história e suas narrativas. Quando isso não acontece, pode-se reinstaurar um trauma, e não o reconstruir. A omissão pode

proporcionar ao usuário - novamente - uma vivência de desamparo, experienciado também pelas falhas do ambiente na infância (ONOCKO CAMPOS, 2022, no prelo).

Com isso, se faz importante um cuidado ampliado para os sujeitos que foram/estão expostos a violência, entendendo a implicação que essas situações têm em sua qualidade de vida. É necessário que esse cuidado não seja individualizado em apenas um profissional e nem feito de forma solitária, já que pode causar silenciamento (não só dos usuários, mas também dos profissionais). O cuidar compartilhado, em rede, colabora para as conexões entre serviços de modo oferecer amparo a esse desamparo (mais uma vez: tanto dos profissionais quanto dos usuários), como bem elucida Schraiber (2001).

A própria estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro pressupõe um cuidado que se dá de forma conjunta entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Como vemos, o próprio nome já indica a proposta de um "conjunto de elementos", que no caso são os serviços de saúde, como base para organização do cuidado à saúde da população brasileira.

Esse sistema vem sendo aprimorado ao longo dos anos, após sua criação por meio da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), acrescentando na vida dos cidadãos brasileiros sustentação para atenção à saúde. Campos (2002) propõe o que hoje chamamos de Clínica Ampliada, um olhar aos usuários dos serviços de saúde considerando sua integralidade e singularidade. Assim, cada sujeito pode, por meio de um projeto terapêutico singular, organizar sua circulação entre os serviços *da* rede e assim, de forma conjunta com a equipe, pensar naquilo que lhe faz sentido como cuidado em saúde.

Essa proposta coletiviza entre os diversos serviços de saúde o cuidado deste usuário. Para que esta coletivização seja efetiva, é necessário o *cuidado em rede*, incluindo a comunicação entre os serviços, trocas entre os profissionais e compartilhamento do caso. Schraiber (2001) pontua:

*"[...] nenhum deles [serviços] conseguirá por si só dar conta de toda a questão, mas seu esforço conjunto em projetos construídos em mútua referência, será sempre mais competente na produção de suportes sociais e institucionais mínimos para uma assistência melhor"*  
(p.111).

Campos (2017) apresenta a importância do compartilhamento dos casos entre as equipes como forma de participação coletiva nas práticas propostas aos usuários. O autor ainda acrescenta que essa construção compartilhada acaba sendo dificultada no cotidiano dos

serviços. Dessa forma, é comum que os usuários acabem sendo transferidos de um serviço ao outro, fragmentando seu cuidado.

O cuidado às pessoas expostas a violência tem suas particularidades (SCHRAIBER, 2001). Em outro texto, a autora utiliza o conceito de "rota crítica" (SCHRAIBER et al, 2012, p. 239) ao dizer sobre a circulação das usuárias expostas a violência em serviços que não se comunicam para articulação de um cuidado integral. Esses serviços deveriam estar organizados conjuntamente de modo horizontal com o intuito de oferecer uma "escuta responsável" (SCHRAIBER, 2001, p. 111), proporcionando acolhimento e intervenções com a inclusão ativa do usuário no seu percurso.

A importância da estruturação de uma *rede de cuidado* entre serviços ampara aqueles usuários que foram expostos a violência. Para elucidar essa ideia, irei utilizar o conceito introduzido por Benghozi (2010) de "vínculo rede". Para definir esse conteúdo, o autor percorre outros caminhos com algumas compreensões que acredito que sejam importantes para explorar a relevância da constituição de uma rede no cuidado de pessoas expostas a violência.

O autor introduz o conceito de "malhagem" (p. 36) e o relaciona e define, metaforicamente, como uma rede de pescar, considerando o entrelaçamento e anovelar de seus fios. A partir disso, Benghozi (2010) pontua que a malhagem é constituída por essa "malha" que se forma e diz respeito a um "entrecruzamento entre o vínculo de filiação e de afiliação" (p. 36). Aqui, outros dois termos se fazem relevantes para explicação.

Os vínculos de filiação podem ser entendidos no nível da verticalidade, ou seja, considerando as gerações que vieram antes ou depois do indivíduo que está em destaque, sendo assim, uma possibilidade de conectar os ascendentes e descendentes de um determinado grupo familiar. Já os vínculos de afiliação dizem respeito a relações horizontais que envolvem desde um pacto conjugal ou até mesmo a existência desse sujeito em nível grupal, os "vínculos grupais de pertencimento" (BENGHOZI, 2010, p.17).

A malha é então um arranjo desses dois níveis de vinculação que podem vir a proporcionar uma "função continente" (p. 37) para o indivíduo, no intuito de possibilitar uma assimilação, transição e renovação psíquica. Essa função continente é constituída e sustentada pela malha. A partir disso, pode-se dizer que ocorre a estruturação de uma "malhagem genealógica" e de um "aparelho psíquico grupal familiar, um continente genealógico grupal familiar" (BENGHOZI, 2010, p. 16).

A constituição da malhagem é atravessada pela atividade psíquica de "construção-desconstrução e de organização dos Vínculos" (BENGHOZI, 2010, p.16). Pode ser entendida como uma forma inédita de **tecer essa rede**. A continência resultante dessa tecitura, não

exclusiva dos vínculos de filiação, é uma forma de sustentação para que ocorra um desenvolvimento do indivíduo em seu grupo de pertencimento, desde o âmbito genealógico familiar, como no âmbito comunitário até o âmbito institucional.

Considerando que a formação e constituição da subjetividade do sujeito é permeada pela "malha grupal do psiquismo", termo utilizado por Correa (2000, p. 5), nota-se a existência de uma interlocução entre a realidade psíquica do próprio sujeito e a realidade psíquica do grupo ao qual pertence. Dessa forma, esse sujeito faz parte da composição da malha e dessa "cadeia" formada pelas interconexões entre sua genealogia e as relações que exerce nos demais âmbitos citados acima.

A construção de uma rede de cuidado para pessoas expostas a violência pode se dar de forma a proporcionar uma malhagem e assim, a possibilidade de uma nova construção de "espaços de intercontinência" (BENGHOZI, 2010, p. 36). Isto é, novos espaços de continência para o desenvolvimento do indivíduo que irão se anovar com a sua malha original genealógica. Isso pode resultar na criação de um novo vínculo que proporcionará continência.

*"Um dos interesses da conceitualização de malhagem é propor uma dinâmica de construção-desconstrução-reconstrução de novas conexões semelhantes dos continentes singulares" (BENGHOZI, 2010, p.37)*

A construção de novos vínculos, como por exemplo entre família e instituição, pode ser considerada como uma "remalhagem dos continentes familiares e institucionais" (BENGHOZI, 2010, p.37). É neste ponto que podemos enxergar as instituições e os profissionais, os vínculos de afiliação, como uma nova possibilidade de malhagem para um suporte a esse usuário.

Assim, chegamos ao "vínculo rede": ele é composto por malhas que conectam e reúnem diferentes elementos psíquicos que são formados pelos vínculos de filiação e de afiliação, que podem oferecer uma nova função de vinculação e de continência a esse usuário. Esses vínculos vão se organizando em um exercício de malhagem, de desmalhagem e remalhagem, formando um novo espaço psíquico de continência (BENGHOZI, 2010).

"O vínculo rede é, pois, essencialmente, a expressão de uma remalhagem afiliativa de uma função continente enfraquecida" (BENGHOZI, 2010, p.38). Nesse ponto, o autor ilustra que a existência do vínculo rede é necessária quando ocorre um desgaste da sustentação e continência de vínculos filiativos, familiares. Quando, por alguma situação, não há amparo nos vínculos de filiação, é importante a **criação de uma rede por meio dos vínculos de afiliação**, pois assim, há possibilidade de tecer, reconectar e remalhar esses continentes distanciados pelo rompimento dos vínculos familiares, genealógicos.

Muitas vezes, os rompimentos dos vínculos continentais são duradouros, assim, acabam implicando em o que Benghozi (2010) chama de um "continente esburacado" (p. 88). Um continente que teria a função de acolhimento junto a uma possibilidade de transição, está enfraquecido, sendo assim a manifestação de uma ruptura na "continência-malha" (p.87)

Uma outra metáfora utilizada pelo autor é que as vinculações são compostas por nós e por laços, formando essa rede. Esses nós implicam em uma rede suscetível, já que são inconstantes e delicados (ROSNEY apud BENGHOZI, 2010, p. 38). Já os laços, tanto de filiação quanto de afiliação, podem representar a constituição dessa malhagem, continência.

No "continente esburacado" é como se um dos laços da rede - de pescar - estivesse rompida parcialmente ou totalmente. Diante disso, retomo a importância da existência de um vínculo rede, já que ele permite uma sustentação para "vulnerabilidades e enfraquecimentos da função continente individual familiar grupal e genealógica" (p 46).

Voltaremos agora para a importância da criação de uma rede de serviços e profissionais no cuidado às pessoas expostas a violência. Para tal, é necessário que seja feita uma construção cuidadosa dos laços, dos vínculos, podendo assim fortalecer esses pontos da criação da rede sem fazer com que ela seja apenas instituída e não compartilhada entre os autores desta constituição. Isso significa que é preciso que ocorra uma coparticipação dos componentes dessa rede de modo flexível, incluindo usuário, família, profissionais e instituições, com intuito de explorar renegociações psíquicas entre eles (BENGHOZI, 2010).

Além disso, para a composição dessa rede, é necessário funcionamento em conjunto, considerando as partilhas entre os pontos para dar sustentação. Com isso, é preciso também que cada um dos componentes, que podem ilustrar o que estamos chamando de laços, entendam de forma nítida os limites entre si, já que uma apropriação do território do outro pode prejudicar esse funcionamento-rede. A rede é dinâmica; é uma composição do que é passageiro em transformação (BENGHOZI, 2010).

#### 4.1 Algumas considerações no cuidado a violência

##### 4.1.1 Com mulheres

A lógica dominante do patriarcado, há muito exercida pela sociedade, instituiu que a diferença natural dos corpos fosse considerada enquanto marcador de diferenciação entre os gêneros. Essa lógica de poder inferioriza as mulheres e as coloca enquanto "frágeis", sendo esse um pensamento que as acompanha desde quando eram consideradas como "homens menores" (ZANELLO, 2018, p. 39).

Junto disso, o processo de subjetivação das mulheres é permeado pela ideia de que elas devem servir ao outro, sendo “frágil, agradável, doce e boa mãe” (ZANELLO, 2018, p. 67). Suas performances desejadas foram sendo cultivadas e passando de geração para geração. Aquelas mulheres que iam se distanciando desse papel imposto acabavam sendo punidas, mais excluídas e não valorizadas pela sociedade. (ZANELLO, 2018). Diante desse cenário, as mulheres vão sendo violentadas, deixando de lado aquilo que diz sobre sua essência e dando lugar para o estereótipo ganhar vida: fazem o que podem para que seja possível encaixar e caber dentro do que dizem ser a pureza feminina (ZANELLO, 2018)

A prescrição social do “ser mulher”, como apresenta Zanello, Fiuza e Costa (2015) inscreve um padrão que as reduz ao desejo do outro, “silenciando-as em uma vivência de impotência, apagada” (p. 239). Khel (2007) faz referência a Foucault e discorre sobre a “histerização do corpo da mulher”, isto é, um “conjunto de estratégias produtoras da sexualidade feminina” (p.48) como forma de moldar essa mulher ao lugar pressuposto pela sociedade binária e patriarcal: “[...] submissas e modestas para melhor governar a casa e a família” (p.61).

Zanello, Fiuza e Costa (2015) citam Garcia (1995) para demonstrar as influências da sociedade patriarcal no desenvolvimento da mulher. Ambos os trabalhos (apud ZANELLO, FIUZA e COSTA, 2015) dizem que a existência da mulher fica restrita dentro dessas sociedades, considerando a limitação sobre as formas de se colocarem no mundo, tendo que servir e se adequar aos padrões socialmente criados. A falta dessas alternativas que dominam o "ser mulher" acabam a enfraquecendo.

A loucura muitas vezes é a possibilidade de a mulher aparecer, de a mulher ser considerada, já que enquanto continuasse sã, permaneceria apagada e silenciada. Beauvoir (1967) apresenta a criação da existência da mulher como aquela que deve renunciar sua vivência autônoma em prol de uma busca incessante de agradar e “fazer-se objeto” (p.22), passando assim a estar vivenciando uma eterna obediência e sustentação emocional na sociedade.

A influência desses fatos no psiquismo da mulher e em sua saúde, como apresenta Schraiber (2001), faz com que seja importante considerarmos isso no atendimento às mulheres. O silenciamento causado pela lógica patriarcal em si já é uma violência, já que a mulher deixa de se colocar para "estar como objeto", clarificando que a vivência do adoecimento está atravessada por questões de gênero (ZANELLO, FIUZA e COSTA, 2015)

O atendimento e cuidado à violência deve ser realizado por meio de uma atenção específica e uma escuta particularizada, já que "a violência é um problema também de saúde

[..]" (SCHRAIBER, 2001, p.108). Quando as mulheres chegam nos serviços, não apresentam como queixa propriamente dita a violência que sofrem, que acaba ficando como parte oculta do sofrimento. O que aparece, muitas vezes, são os impactos que esse fenômeno causa em sua saúde física ou psíquica (SCHRAIBER, 2001).

As conhecidas usuárias "poliqueixosas" podem estar procurando um lugar para que seus sentimentos e dores sejam acolhidos de modo a dar visibilidade para suas experiências de vida. Schraiber (2001) aponta que a culpa e a vergonha acabam colaborando para o silenciamento, desta forma, se faz relevante a atenção e escuta particularizada como parte da prática nos serviços, para que assim, "[...] não usemos critérios de resolutividade imediata para avaliá-lo [...]" (p.111).

#### 4.1.2 Com adolescentes

As particularidades da fase da adolescência exigem um olhar para este período de forma cuidadosa. Benghozi (2010) pontua que apesar da adolescência dizer sobre um processo do próprio sujeito, acaba influenciando também as vivências familiares. Ele afirma: "a adolescência não é uma doença, é uma passagem, num processo de transformação" (p. 89).

Neste momento, o indivíduo adolescente se reorganiza psiquicamente, como se fosse uma troca de pele, influenciando também a malha dos continentes familiares em jogo. Assim, "toda adolescência é também uma adolescência familiar" (p.90), que envolve uma mudança nos continentes individuais e genealógicos, como uma mudança de "envelope psíquico"(p.90).

O momento de vulnerabilidade psíquica que caracteriza a adolescência é influenciado por uma ruptura e transformação do que já era conhecido por esse adolescente. A grande quantidade de mudanças que ocorrem nessa fase influencia na curva de desenvolvimento do sujeito (BENGHOZI, 2010).

O autor apresenta uma analogia com as bonecas russas para exemplificar os níveis de continência. Acredito também que uma boa analogia é com as camadas de uma cebola. Cada uma das camadas dessa cebola pode representar esse espaço de continência, desde a individual, passando pela familiar e indo para a sustentação que as instituições e a sociedade podem oferecer a esse usuário.

É um período que se caracteriza por uma vulnerabilidade nos vínculos. Benghozi (2010) identifica três modalidades: a *crise da adolescência*, a *adolescência em crise* e a *adolescência catástrofe*. São as diferentes sustentações possíveis das malhas - as camadas da cebola - que diferenciam os três processos. No primeiro caso, a continência das malhas resiste ao processo

de mudança do continente individual, do próprio adolescente. A adolescência em crise é quando há uma ruptura parcial no continente, ou seja, é quando a sustentação familiar está fragilizada e não permite uma sustentação total da mudança individual. Já a última envolve um esburacamento da malhagem, uma desmalhagem, como afirma o autor: "se há dilaceramento do continente familiar genealógico, que não tende a se interromper, é o desmalhe catastrófico" (p. 92).

Assim, pode-se perceber que a diferenciação desses processos vai no sentido de haver ou não um apoio ao momento de "troca de pele" que este indivíduo adolescente está passando. **Muitas vezes por situações de violência, de segredos familiares, ou de não presença das figuras familiares, este processo se torna mais intenso e "em crise"**. Benghozi (2010) acredita que é por meio de sintomas no corpo e/ou ações que acabam sendo manifestados os esburacamentos no continente de sustentação de suas mudanças:

*"A produção de sintomas que o adolescente carrega é, pois, uma tentativa de remalhagem dos continentes familiares esburacados. A remalhagem assegura uma parada, evitando a extensão da fenda"*  
(p.91-92)

O vínculo é considerado, pelo autor, como suporte. A malha é uma continência psíquica. Com o enfraquecimento dos vínculos, a malha apresenta rasgos. A adolescência é período que já "mobiliza competência do vínculo e da malhagem" (BENGHOZI, 2010, p.107). Isso porque trata-se de uma forma de poder transformar as relações e também de certificar que irá haver continuidade da sobrevivência dessa - nova - identidade psíquica dentro de sua genealogia e da sociedade. Quando a malha apresenta rasgos, essa mudança pode não ser sustentada.

A percepção dessa vulnerabilidade dos vínculos leva a hipótese de que os não ditos e as "marcas vazias" da transmissão psíquica fazem parte da estruturação da malha-continente deste adolescente (BENGHOZI, 2010). Assim, a sua produção de sintomas é uma possibilidade de remalhagem, de modo que estes buracos sejam identificados e não perpetuados até que se estendam(BENGHOZI, 2010)

Quando a sintomatologia aparece é quando os adolescentes acabam chegando aos serviços de saúde para iniciarem algum tratamento. O autor pontua que os terapeutas são convocados para o acolhimento desses sintomas, podendo vir a remalhar o continente familiar esburacado. Eu estenderia essa percepção não apenas aos terapeutas, mas aos profissionais que trabalham com populações expostas a violência. Onocko-Campos (2022, no prelo) defende

uma "atitude profissional" (p.4) quando consideramos a conjuntura brasileira dos acolhimentos. Essa atitude implica não em um silêncio e indiferença por parte do profissional, mas uma possibilidade de um acolhimento empático como um ambiente confiável. Até porque uma postura mais omissa pode ser sentida novamente como uma não sustentação, como uma continência falha, uma camada da cebola esburacada.

Assim, é necessário que os profissionais compreendam a manifestação desses sintomas como um alerta - porta-voz - em relação aos vínculos familiares de modo a poderem "adotar uma estratégia de tratamento de continente" (BENGHOZI, p. 88).

#### 4.1.3 Com os trabalhadores

A possibilidade de criação do arranjo de apoio matricial intersetorial, por meio da Rede de Apoio e Acompanhamento às Situações de Exposição a Violência (RASEV), para oferecer um cuidado e escuta aos trabalhadores que lidam com situações de violência no dia a dia foi essencial para que os eles pudessem colocar sobre as influências dessa temática em sua prática. Partindo da interferência da lógica capitalista nos modos de produção de saúde, que é atravessada pela busca à eficiência, o cuidado aos usuários fica prejudicado, já que muitas vezes as individualidades não são consideradas e o que é valorizado são seus sintomas e suas respectivas remissões.

Os trabalhadores acabam deixando de lado as particularidades dos casos para que possam cumprir as metas, horários e exigências. Onocko-Campos (2014) apresenta que é a partir desse contexto que é proposta a Clínica Ampliada: uma clínica feita para o sujeito, para que este seja escutado e que suas questões sejam valorizadas, não o transformando em objeto para intervenção. Como Schraiber (2001) nos apresenta que estas são: "[...] atuações profissionais que têm dificuldades para lidar com problemas mais ligados ao social ou à subjetividade do que ao adoecer orgânico" (p. 105)

Os indivíduos dentro das instituições trabalham buscando a eficácia e como consequência, acabam ficando alienados do seu próprio processo de trabalho sendo atravessados pelas burocracias e controles exigidos pelo estabelecimento, como excessos de proibições, por exemplo (ONOCKO CAMPOS, 2014). Por baixo dessas burocracias fica oculta a capacidade criativa desses profissionais que é afetada negativamente pela "máquina de produzir controle" transparecendo a "dominação, alienação e controle" (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 69)

Outro ponto importante de destacar quanto aos trabalhadores é sobre a identificação do indivíduo com aquilo que trabalha e que essa identificação é necessária para que este sujeito

sustente sua prática nas instituições de saúde (ONOCKO CAMPOS, 2014). Essa identificação tem que se dar no sentido do reconhecimento do outro e não uma mistura entre profissional e usuário, já que é preciso uma certa distância para que possa conseguir ajudar (ONOCKO CAMPOS, 2012)

É necessária uma "espera ativa" (ONOCKO CAMPOS, 2014, p. 155), feita com certa sensibilidade, que poderá proporcionar desvios e mudanças na vida dos usuários por meio de uma oferta de espaço no qual será depositado nos profissionais os seus conteúdos. Ao sustentar isso, apresenta-se a esse usuário a possibilidade de "sobreviver sem retaliar", dando espaço e continência para o que está sendo dito.

Porém, dentro da lógica dos serviços e do contato contínuo com situações de violência, os profissionais acabam se protegendo desses conteúdos mais profundos usando a burocracia como álibi. Ou até mesmo porque a identificação com esse usuário é tão forte que essa mistura impede a sua ação. Ou pela sobrecarga de trabalho impossibilitar espaços de "espera ativa". Arranjos como a RASEV são propostos para que essas questões possam ser colocadas em palavras de modo a colaborar no manejo do cuidado aos usuários.

Como apresentado anteriormente, a violência gera silenciamento. E junto desse silenciamento, isolamento e então, solidão. A fragmentação das estruturas psíquicas por conta da violência afeta também as formas de trabalho dos profissionais da saúde. Muitos se sentem sozinhos e solitários nas condutas com os usuários, sendo assim prejudicado o cuidado em rede que pode vir a proporcionar uma remalhagem.

Assim como o "olhar transparente" (TRACHTENBERG, 2007, p. 345) da função parental acaba atravessando o bebê, a solidão do profissional pode acabar influenciando o manejo com os usuários. Os "lutos não elaborados, segredos, histórias lacunares, histórias de violência [...]" (TRACHTENBERG, 2007, p.345) acabam influenciando a conduta do profissional para com o usuário do serviço de saúde, já que este, assim como o bebê é influenciado pelos sujeitos que exercem a função parental, pode ser um armazém das apreensões deste profissional.

A possibilidade de ofertar um espaço de escuta para os profissionais vai no sentido de proporcionar um ambiente para que os lutos possam ser elaborados, para que as histórias de violência sejam faladas. Para que os efeitos da violência em cada profissional seja colocado em palavras para pensar uma possível significação.

"A falta de reconhecimento do traumatismo real produz uma violência enlouquecedora" (CORREA, 2003, p. 43). A escuta pode romper com a cronificação (ONOCKO CAMPOS, 2009), portanto, oferecer um espaço de apoio e assistência às situações

de pessoas expostas a violência proporciona que a malha desses profissionais estejam consolidadas de modo que possam não perpetuar vivências de desamparo para os usuários dos serviços.

Partimos do entendimento também que os profissionais muitas vezes são violentados pelos próprios usuários, assim, esse espaço serve para depositar suas sensações e elaborações sobre os acontecimentos. Podendo vir a fazer isso no espaço da RASEV, é possível que os profissionais vivenciem um cuidado continente à essas situações, experiência diferente do que vivem no cotidiano de trabalho. Benghozi (2010) nos pergunta: "como escutar o Inaudível quando somos confrontados com o insuportável do real?"(p. 56).

Isso implica ao profissional tanto uma formação cuidadosa nesse sentido quanto a possibilidade de "escuta do impossível de escutar" (BENGHOZI, 2010, p.56), podendo vir a ser uma "sustentação para a malhagem [...] esburacada"(BENGHOZI, 2010, p. 100). Dando possibilidade dos profissionais serem escutados, podem também ouvir aquilo dito pelos usuários.

É como a metáfora da cebola que citei anteriormente, o espaço de sustentação para que os profissionais falem o "impossível de falar" oferece uma malha e rede concisa da sua casca da cebola. Com essa "casca" fortalecida, a sustentação, continência e suporte ao usuário é diretamente influenciada.

O Apoio Matricial ofertado por meio da RASEV entra então como um fortalecimento da "casca da cebola" dos profissionais dos serviços de saúde e da assistência social. Assim, é um espaço utilizado para discussão de casos, manejos a situações de violência vivenciadas pelos profissionais e sobre influência que sentem já que são escuta das violências que os usuários passam.

A proposta é tornar a violência conteúdo visível e possível de fala (SCHRAIBER, 2001). É importante a intersetorialidade no cuidado à violência, já que é um fenômeno multifacetado e a constituição de "espaços de apoio efetivo" entre os serviços envolvidos no cuidado, para além da formação de um vínculo-rede, são vistos como facilitadores do processo de cuidado ao usuário (BENGHOZI, 2010; SCHRAIBER, 2001). Essa interação entre as equipes possibilitam exercer a clínica ampliada, olhando o sujeito de forma integral, dentro de seu território.

Noocko-Campos (2012) se atenta ao papel do apoiador a partir dos conceitos formulados por Winnicott. A função de suporte (*holding*), de segurança e de contorno possibilita a criação de um lugar confiável para expressão da subjetividade. Além disso, o manejo como uma ferramenta que apresenta possibilidades, ofertando algo para aquele sujeito.

O espaço e tempo proporcionado nos encontros da RASEV são diferentes daqueles que os profissionais vivenciam no cotidiano.

A construção coletiva, com possibilidade e espaço para os pensamentos, possibilita a integração de um trabalho fragmentado e estimula a capacidade reflexiva dos profissionais presentes (CAMPOS, 2017), outro déficit vivenciado por eles durante a prática em seus serviços. Com isso, é possível oferecer tempo e espaço para recriar, repensar e descobrirem novas posturas de produzir saúde (CASTRO, 2017)

## 5. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Agora, procurarei iluminar essas discussões por meio das apresentações das vinhetas clínicas escolhidas. O percurso que tive durante a minha especialização foi de certa forma guiando para que eu me dedicasse a estudar e aprofundar nas questões apresentadas acima. A atuação dos diversos papéis que tive possibilidade durante esses dois anos me levaram a olhar não só para o cenário violento que estamos passando, mas para as violências que eu mesma passei ao longo do meu percurso. A ideia de trazer as experiências que tive nos encontros que vivenciei ao longo desses anos vai no sentido de poder dar corpo a essas questões para que as discussões das particularidades que pontuei anteriormente possam ser fomentadas.

### 5.1 "Ela desatinou, desatou nós", tem que viver só?

Iara é encaminhada ao Caps em 2010 após uma internação por conta de um "surto psicótico". Ela havia tentado afogar sua filha após fazer uso de bebida alcoólica. Com diversas frases preconceituosas, vou lendo seu prontuário e ficando indignada com o julgamento que era feito sobre essa mulher. Pareciam não ter paciência para ouvir, cuidar e oferecer espaço para que Iara falasse. As evoluções eram baseadas em "permanece presa ao discurso da droga" e que "sustentava seu vício com programa".

As únicas informações que tínhamos sobre seus familiares era: que seu pai era "traficante" de drogas e faleceu por complicações do HIV quando ela ainda era adolescente e que sua mãe fazia uso de substâncias. Ela tinha irmãos, mas não mantinha boa relação com eles. Tem dois filhos que estão sob tutela de sua irmã.

Conheço Iara em um primeiro momento só pelo discurso: "a usuária desaparecida". Eu tentava contato nos números disponíveis em seu prontuário, mas não tinha sucesso. Consigo

falar com sua irmã, Antônia. Nos contatos que eram bem-sucedidos por telefone, sua irmã me dizia que não sabia sobre o paradeiro de Iara. Após três meses da minha procura por Iara, eu e meus colegas de referência *passamos* o caso de Iara no matriciamento no Centro de Saúde. Enquanto estávamos lá, recebo uma mensagem que ela estava no Caps para acolhimento por demanda espontânea.

Quando nos encontramos, ela se apresentava com autocuidado bastante prejudicado, discurso acelerado e desconexo. Como pedido, solicitava que nós a ajudássemos com relação à coceira de seu couro cabeludo e em algumas partes de sua pele. Me conta que estava “presa” (sic) em uma casa, pois tinha se envolvido com o tráfico e por conta de dívidas que tinha não podia ser liberada. Se mostra ansiosa para a resolução dessas dívidas, em um tom de cobrança de seus familiares para a quitação.

Nesse primeiro momento, dizia que sua alergia era atribuída a “grande” quantidade de “química em seu corpo” (sic) - por conta do uso de substâncias e a tinta de seu cabelo. Aqui, se mostrava decidida a não ficar com seu cabelo branco e por isso, precisaria continuar pintando, mesmo com o incômodo em relação às coceiras. Neste dia, foi inserida em leito noite (LN). Solicito atendimento conjunto com o psiquiatra - homem - do serviço para sua avaliação para inserção no LN. Ele passou medicações para sua alergia e para além de avaliar a forma e conteúdo de seu discurso, ele fez questão de dizer que ela estava “desinibida”, o que para mim não fazia sentido. Neste momento, é importante acrescentar que junto com o julgamento do profissional em relação a usuária, ele entrou no atendimento comigo com uma postura de professor, tentando testar meu conhecimento o tempo todo na frente da usuária.

Como não conhecia Iara, com o tempo, fui conseguindo entender a sua inserção no serviço de saúde mental. Durante esse primeiro leito, seu humor oscilava bastante durante os atendimentos, nos quais falava dos conflitos que tinha com seus familiares e também do fato de não ter onde morar após sua saída do LN. Um dia, ela tensiona para alta, que é realizada pelos profissionais do plantão responsável, com combinado de seu retorno no dia seguinte para conversar com os profissionais de referência.

Ela cumpre com o combinado, dizendo que fez uso de substâncias e afirma: “pedi pra sair porque queria usar cocaína”(sic). Juntamente com isso, ela conta que nessa noite quando estava no “baile” teve relações sexuais desprotegidas e sem o seu consentimento (foram realizados os procedimentos padrões para casos de violência sexual). Retoma a falta de apoio de sua rede familiar e afirma pensar em suicídio.

Tentamos durante seu período em leito noite articular conversas com sua irmã, figura que se mostrava mais próxima de Iara. Porém, ela era ambivalente quanto ao cuidado de Iara,

já que se dizia "cansada demais de cuidar da irmã" (sic), mas se mostrava muito carinhosa quando ia visitá-la. Iara tem mais um irmão que a violentava sempre que entendia que ela estava sob efeito de substâncias.

A sensação da equipe era a mesma de sua irmã. Eu escutei diversas vezes reclamações sobre as posturas da usuária. Até que um dia, ouço do meu colega: "é óbvio que me escondo na sala de equipe, se eu desço, vem a Iara me pedindo mil coisas ao mesmo tempo"

Iara sempre gostou de trabalhar como profissional do sexo, trazia em seu discurso prazer sobre essa profissão. Gostava também de circular na rua com seus companheiros de uso. Ela desapareceu após a liberação do primeiro leito. Foi liberada às pressas para que outro usuário pudesse ser inserido, não dando a possibilidade de realizar previamente articulações com os demais serviços da rede para que ela continuasse sendo assistida.

Retorna ao Caps após meses encaminhada pelo Pronto Atendimento. Chega ao serviço muito diferente do que a última vez: humor deprimido, sem solicitações, negando conversar com os demais. Só conseguia pedir a resolução de sua dívida. No mais dizia: "quero ficar sozinha pra resolver meus problemas". Não queria estar no Caps, pediu alta e com a negativa, "agitou", sendo então, realizada uma contenção mecânica. Nesse momento, ela não solta de forma alguma uma sacola de plástico, a segurando com toda força que conseguia. A contenção da mão foi feita com a usuária segurando essa sacola. Estava com um olhar vazio e cheio de lágrimas, assim, me sento ao lado dela e lá ficamos. Em silêncio.

Nessa sacola é encontrado um pedaço de espelho quebrado. Descartam o objeto sem conversar com Iara. Ou até mesmo com a equipe.

Ela começa, com o tempo, a conversar comigo sobre o fato de se sentir "trocada" por um de seus companheiros da rua, com discurso de menos valia quanto à sua aparência. Conta então que o espelho jogado fora era a forma que ela se olhava na rua: "lá a gente não tem espelho né?"

Sua irmã passou a estar mais presente com visitas, entretanto, se escondia de seu marido nas vindas ao serviço e trocas telefônicas, já que ele a proibiu de falar com Iara.

Iara passa a me contar sobre seu passado conforme vou investindo em espaços de atendimento para que ela se colocasse. Quando não conseguia ficar parada, íamos caminhar. Quando queria pintar algo para sua filha, íamos para o ateliê. Nesses momentos, ela relata que, no passado, engravidou e teve uma filha com seu padrasto - não me contava detalhes da relação se havia sido ou não consensual. Essa filha tem 11 anos atualmente.

Sua mãe faleceu de "overdose" após a descoberta dessa relação, fato que fez a usuária acreditar que tinha matado a mãe de "desgosto". Iara mantinha a posição de não me contar seus

reais desejos, dizendo o que ela acreditava que eu queria ouvir: que ia parar de usar substâncias, tentar um aluguel e arrumar um emprego. Mas para outros profissionais falava o contrário.

Tentamos conversar com Antônia e explicar o caso de Iara, tentando explicar a ela sobre a hipótese diagnóstica que os médicos acreditavam. Investimos em construir junto aos demais serviços da rede a continuidade do cuidado antes de sua alta do LN. Desejo meu de estar tudo organizado com esses serviços para que Iara continuasse a acessar os cuidados. Conversas com Caps, com abrigos, com Consultório na Rua, com serviços da Assistência Social. Ela saiu do leito, retornou uma vez e depois nunca mais a vi.

O desejo de construir a rede era meu. Não sei se era o dela. Sua rede familiar está e esteve esburacada. Tentar implementar e impor a construção da rede não levaria a sustentação de seu tratamento. Ela quer construir e tecer essa rede que levaria. Porém, ela não deveria estar sozinha nisso: a costura de uma rede deveria estar à espera de Iara. Aguardando a construção de sua confiança para com os profissionais/serviços. Ela não precisa estar só. Até o momento que essa vinculação se tornar possível, é importante que os profissionais consigam sustentar seus pedidos que eram considerados "inúteis", os considerando como recursos para o início de uma remalhagem.

Assim como Iara, as mulheres vêm sendo violentadas em diversas facetas. Juntamente com o silenciamento gerado pela estruturação das relações de poder da sociedade patriarcal, o seu lugar oculto é agravado também pela violência (SCHRAIBER, 2001). Esta autora apresenta que a dificuldade de lembrar da violência vivida, faz com que esta seja uma pauta evitada durante os momentos que essas mulheres acabam acessando os espaços que podem se colocar.

Iara foi sendo violada durante grande parte de sua história: quando ficou presa por estar devendo dinheiro ao tráfico, quando é preconceituosamente julgada pelo psiquiatra do serviço de saúde e quando é abusada sexualmente. Todas essas experiências são atravessadas também pelo suporte familiar frágil que Iara tinha.

Como Benghozi (2010) pontua, a sustentação da malha familiar é ponto crucial para o desenvolvimento deste sujeito, oferecendo continência a ele. Continência que, pelo relato de Iara, ela não pode experienciar em sua vida. Uma relação frágil e pouco consistente com a figura materna e paterna e as figuras de cuidado acabam causando buracos. Além disso, as relações que Iara foi estabelecendo com seus companheiros eram sempre abusivas, nas quais ela precisava se submeter ao que o outro desejava para poder existir.

Essa submissão tem um cunho social e cultural da sociedade, mas também diz respeito ao que entendemos enquanto formação de sua subjetividade. Uma subjetividade que foi

atravessada por uma negligência nos momentos de elaboração. Piva (2011) cita Marucco (2005) para falar dos efeitos que o abuso sexual gera no psiquismo: "[...] sem este núcleo, sustentação inicial de representação do mundo, o aparelho psíquico se desmorona e se produz a morte psíquica" (p.550). Por mais que o autor se refira aos efeitos da violência sexual, acredito que possamos expandir este entendimento para a manifestação de todas as violências.

*"se a agressão física pode levar lesões irreparáveis, o abuso sexual e a violência discursiva [...] produzem um dano psíquico que em formas extremas adquirem a forma de uma psicose, um transtorno psicossomático, passagem ao ato do suicídio etc"* (PIVA, 2011, p 549).

A sintomatologia quando vivenciada dentro da malha familiar genealógica influencia também essa estruturação, podendo vir a produzir - ou não - novas disposições de laços (BENGHOZI, 2010). Quando essa malha apresenta buracos, como no caso de Iara, que não encontrava sustentação em suas figuras de cuidado, podemos dizer de uma "problemática de continente" (p. 89). Benghozi (2010) afirma que existem formas de sintomas que vem enquanto resolução dessas problemáticas. O uso de substâncias, para ele, é um desses, no sentido de que ocorre um investimento voraz em preencher o buraco. Será que o uso de substâncias de Iara ia no sentido desse preenchimento, então?

Para além dessa falha em seus continentes familiares, Iara apresentava também relações nas quais ela era inferiorizada e submissa. Relações que continuavam não dando sustentação para ela poder ser quem ela quisesse. Outras situações de violência foram atravessando e "esburacando" sua experiência de vida.

O meu papel enquanto profissional de referência dela era poder ter ofertado um espaço de remalhagem de todos esses nós e laços rompidos. Poder ter, junto dela, investido na reconstrução e religação dessa malha. Ofertar escuta, presença, acolhimento e espaço para que ela pudesse falar por si. Pensar junto dela formas de organizar esse esburacamento para que pudéssemos, enquanto serviço de saúde, ajudar nessa nova ligação. Tentamos juntas construir esse espaço. Seu retorno após sua saída do leito me mostrou que ela sentiu confiança.

A tentativa de realizar um vínculo-rede até com outros serviços foi sendo dificultada pela lógica de funcionamento desses serviços, mas, mais ainda, pela dificuldade de acolherem mulheres usuárias de substâncias. O ideal é que a estruturação de uma rede de cuidado e de um vínculo rede no cuidado à Iara estivesse formado quando ela retornasse ao serviço.

Iara, inconscientemente, tinha receio de decepcionar os profissionais assim como decepcionou sua mãe, sendo difícil para ela admitir quem realmente desejava ser. Um medo de

ser desamparada, de não ter um contorno para sustentá-la. E é nesse ponto da malha que os profissionais deveriam entrar: oferecer um espaço para que ela possa ser ela mesma sem que a retaliação ocorresse. Não se esconder na sala de equipe para não falar com ela e fugir de suas demandas.

## 5.2 "Eu sempre fui o esquisito"

Jorge, 15 anos, é encaminhado para o NAPEV por uma profissional da atenção primária à saúde. Meu primeiro contato com ele é feito pelo telefone. Como não tinha acesso ao seu número de celular próprio, entrei em contato com a responsável, que era sua tia, Fernanda. Combino com ela um horário para marcarmos uma conversa por vídeo para eu conhecer Jorge (entendendo isso como uma estratégia importante de vinculação).

Nossa conversa é curta, mas já consigo perceber que Jorge apresenta um tanto de timidez. Me questiono se isso ocorria pelo fato dele ser um adolescente de 15 anos e eu ser uma mulher, ou se ele realmente tinha essa posição mais quieta. Com o cabelo bem na frente da cara, me diz seu nome, refere interesse em participar do grupo e indica que necessitaria de passes para chegar até o local do grupo e uma declaração para sua escola. Fica combinado de encontrar com eles - sua tia e Jorge - na escola dele para essa entrega.

Sua tia protagoniza a conversa, se mostrando bastante protetora dele. Ele pouco me olha nos olhos ou em minha direção, mesmo eu realizando perguntas direcionadas a ele. Entrego os passes e sua declaração para comparecimento aos grupos. No primeiro encontro, ele compareceu acompanhado dessa mesma tia que solicitou: "você pode acompanhá-lo até o ponto de ônibus no final do grupo? Para ele não ficar sozinho"(sic). Afirmando que conversaria com Jorge para ver o que ele preferia - ela levou e buscou o usuário, em quase todos os encontros de carro, exceto em um que ele foi de ônibus acompanhado de um primo. Jorge sempre estava sob o olhar de algum familiar. Mas que olhar é esse? Um olhar consistente ou transparente?

Jorge compareceu a todos os encontros do grupo e conforme o tempo ia passando, ele parecia se sentir mais confortável para falar e se colocar. Ele conta que mora com sua tia, sua avó e sua mãe. Diz não ter uma boa relação com sua mãe, pois sente que ela o "odeia"(sic). Quando era mais novo, lembrou que seus pais brigavam muito e então se separaram. Seu pai criou uma outra família, na qual tem outros filhos, porém, não mantém mais contato com eles, já que seu pai o proibiu de ver os irmãos. Relata que não sente ter uma figura na qual possa

confiar para além de sua avó, que tem questões de saúde muito importantes. Tinha bastante carinho por seu avô que já faleceu.

Jorge conta cenas nas quais sua mãe batia nele, falava coisas negativas sobre ele e relatou um dia que sua mãe tentou enforcá-lo: "cheguei da escola depois de ter levado uma suspensão e ela segurou meu pescoço durante muito tempo para tentar me matar, mas algum momento ela parou, acho que, no fundo no fundo, ela me ama"(sic). Ele afirma que por esse motivo acabava ficando dentro de seu quarto jogando videogame a maior parte do tempo e sozinho. Revela gostar de ficar sozinho. Na escola, tinha poucos colegas e se sentia o esquisito (sic) da turma. Por diversas vezes, relatou sobre uma menina que estava apaixonado e com o "coração partido" (sic), que eles não se falavam e ele achava essa dinâmica muito confusa.

Em um momento do processo da psicoterapia breve, Jorge conta que ouve vozes e que essas vozes tinham um cunho autodepreciativo: dizendo para ele se matar, se machucar, bater a cabeça na parede. Além disso, ele relata em um dos encontros que "teve um acidente na escola um tempo atrás"(sic). Perguntando mais sobre esse acidente, ele refere que um menino o provocou e o insultou e Jorge bateu nele "até ele ir parar no hospital" (sic). Ele conta também que essas vozes falaram para ele continuar batendo. Diz que atualmente faz uso de medicações que "fazem com que as vozes diminuam"(sic) - está em acompanhamento no Centro de Saúde com psiquiatra e psicóloga. Relata que tinha um processo acontecendo na justiça por conta desse episódio e tinha sido determinado que ele fizesse psicoterapia individual uma vez por semana.

Sempre que ia falar algum conteúdo "pesado"(sic) pedia permissão: "vou falar algo que não é legal, pode ser?"(sic). Nós, enquanto dupla de terapeutas, o deixávamos livre para escolher. Um dia, pede permissão e diz: "um dia eu fui estuprado" (sic). Não aprofunda nesse acontecimento e não retoma essa pauta em outros momentos. Deixamos isso em aberto, entendendo que ele pode ter o momento certo para conseguir falar sobre essa violência.

Jorge gostava de fazer brincadeiras sobre a "previsão do tempo" do grupo. Em dias que os assuntos eram mais intensos, ele dizia que estava chovendo, nos outros dias com conteúdos mais "leves" (sic), estava ensolarado. Conversamos em um dos dias "chuvosos" sobre a possibilidade de abrigo, o local que ele entenderia enquanto seguro para se proteger dessa tempestade. Ele dizia não saber onde era, já que não confiava em ninguém.

Jorge tinha uma postura bastante curiosa comigo: nunca olhava nos meus olhos. Olhava diretamente, com um olhar um tanto atravessador, para o outro terapeuta. Era como se eu não estivesse ali. Para além do fato de eu ter o mesmo nome da menina por quem ele se interessava,

entendíamos isso como uma forma de proteção a mim, como se eu não fosse aguentar tudo aquilo que ele estava dizendo.

Benghozi (2010) apresenta a importância de considerar os olhares no processo de formação da subjetividade do sujeito, nos primeiros contatos com a figura responsável. Os olhares dos sujeitos buscam no outro um olhar de continência e de reconhecimento, o que ele nomeia enquanto "coincidência recíproca dos olhares" (p. 127). Por qual motivo Jorge evitava os olhares comigo? Do que será que ele estava me protegendo?

A atuação enquanto terapeuta possibilitaria ofertar a ele um olhar de reconhecimento: de seus sofrimentos, de seus conflitos, de suas potencialidades. E esse processo terapêutico poderá vir a ampliar as possibilidades de conexões, de laços, de rede como variação e reparação dos rasgos e rompimentos (BENGHOZI, 2010).

Após o término do grupo, continuamos contato com a encaminhadora e um dos terapeutas foi na discussão de seu caso para organizar os próximos passos da medida socioeducativa por conta do "acidente" e no intuito de continuar integrando os seus cuidados em uma rede. Casos como o de Jorge, considerando sua complexidade, demandam a organização do cuidado no que entendo enquanto "vínculo rede". Isso porque é importante que esse acompanhamento não cesse, possibilitando que as vivências da sua adolescência juntamente com os esburacamentos em sua malha familiar, possam ser sustentados e possibilitando que portas continuem se abrindo para elaborações.

Muitas vezes transmitidos de forma transgeracional, esses efeitos de um vínculo fragilizado, permanecem presentes na estrutura psíquica desse sujeito de modo a atravancar a constituição emancipada dessa subjetividade, sendo a psicose um sintoma dessa inibição (SILVA, 2005). A psicose diz respeito a uma estrutura sem estrutura, a uma fragmentação e uma dificuldade na diferenciação entre o eu e o outro.

Ainda que Jorge pudesse contar com a presença de sua tia e de sua avó, elas eram figuras que ele não confiava e não depositava sua subjetividade. Segundo ele, acabava se isolando em seu quarto na maioria das vezes. A sua experiência com as vozes era bastante negativa, considerando o conteúdo de auto depreciação que elas apresentavam. Seus sintomas tinham uma função dentro da malha dos seus continentes familiares, que estavam esburacados. Eles eram um porta-voz desses continentes esburacados (BENGHOZI, 2010).

Para além da experiências de não continência que Jorge vivenciou, o usuário estava passando pelo momento da adolescência. Uma *adolescência em crise* que por não encontrar espaços de sustentação poderia vir a se tornar uma *adolescência catastrófica*. Benghozi (2010) apresenta que essa sintomatologia colabora de certa forma para uma pausa, impedindo a

expansão dessa malha-esburacada. No caso dos adolescentes, o autor acredita que as expressões da sintomatologia buscam reconectar esse continente rompido por meio de vias diferentes, sendo uma delas por meio de ações tanto auto quanto heteroagressivas.

Jorge batia a cabeça na parede quando as vozes estavam o perturbando, assim como apresentou comportamentos heteroagressivos em seu colega de escola. Essas manifestações podem ser consideradas como mecanismos de defesa do sujeito, "visando a uma remalhagem dos continentes esburacados"(p. 109)

Os sintomas psicóticos e os comportamentos agressivos de Jorge representam o que Benghozi (2010) coloca como "modo de gestão dos rasgos e dos buracos dos continentes genealógicos familiares"(p. 129). Esses pacientes com esses sintomas são chamados pelo autor de "porta-sintoma", isto é, "a expressão-solução da crise do grupo de pertencimento" (p. 136).

A existência de uma crise nesses grupos, sem haver espaços para elaboração e um olhar consistente (TRACHTENBERG, 2007), levará à sua conservação de geração em geração. Assim, é importante a criação de espaços e situações, por meio de **vínculos afiliativos**, para ofertar escuta e continência para Jorge e principalmente para sua família.

Outro ponto importante é que Jorge, enquanto "porta-sintoma", pode ser considerado "herdeiro de um material psíquico que não pôde ser elaborado pelas gerações anteriores" (BENGHOZI, 2010, p. 218). Ou seja, as situações que romperam com as malhas desse continente de filiação não foram trabalhadas, elaboradas e simbolizadas, sendo passadas de geração a geração. Esse "material psíquico" é absorvido na malhagem dessa família e o aparecimento da psicose, como no caso de Jorge, tem uma finalidade de lembrar, de não permitir esquecer sobre esse "não dito".

A possibilidade de participar de oito encontros de psicoterapia breve proporciona insights e percepções que poderão vir a contribuir para o processo de cuidado do indivíduo, pois permite ampliar as alternativas "para a produção de sintomas patológicos" (BENGHOZI, 2010, p. 225) e da constituição de outros continentes. Além disso, é necessária a continuidade de acompanhamento desse caso por meio do "vínculo rede", para que Jorge não fique desassistido após as sessões do grupo.

Espaços para que ele possa exercer sua subjetividade, se colocar sem o receio de ser odiado ou violentado por sua mãe, são importantes para que ocorra uma atividade psíquica de transformação desses conteúdos. Uma proposta para que esse sujeito possa estar na relação de forma continente, com olhares para sua particularidade e possibilitando a simbolização de suas mudanças na adolescência.

A construção de um projeto terapêutico para esse sujeito integrando os demais serviços da rede de saúde e da assistência oferece uma moldura para essas situações tão fragmentadas. A costura entre os serviços é importante para evitar o endereçamento dos usuários de um serviço até o outro, como as rotas críticas citadas por Schraiber et al (2012), no intuito de compartilhar as competências de cada profissional para entrelaçar um cuidado mais continente à Jorge. E é nessa remalhagem dos buracos, como uma tentativa de ir conectando junto de Jorge esses laços desfeitos, que se faz possível a elaboração e simbolização dos processos de violência disruptivos aos quais foi exposto.

### 5.3 "A gente respira violência o dia inteiro"

A implementação do ambulatório para pessoas expostas a violência possibilitou a criação de um espaço de cuidado para os profissionais também. Profissionais esses que acabam sendo importantes na possibilidade de remalhar os vínculos rompidos pela violência. Partimos do pressuposto que por eles "respirarem violência"(sic) todos os dias, eles também acabam sendo afetados em alguma medida.

A organização dos serviços, tanto de saúde quanto da assistência social, é burocratizada e baseada no modo de funcionamento capitalista, isto é, a produção tem que acontecer o mais rápido possível para que ocorra uma resolução imediata (BROIDE, 2010). Nessa dimensão, os profissionais acabam atuando de forma muito solitária, como uma das profissionais revelou: "cada um no seu quadrado"(sic), sem que o trabalho em equipe seja valorizado na maioria das vezes.

Esse imediatismo influencia também a forma como os profissionais acabam oferecendo o cuidado. O medo perpassa essa atuação: "você já foi agredida por demorar pra chamar pra consulta? [pergunta de uma profissional pra outra] (...) É por isso que eu corro nos atendimentos, no relógio, já tenho tudo pronto" (sic). Essa profissional dizia "o distrito quer que a gente trabalhe"(sic) e por isso, juntamente aos receios de ser agredida pelos usuários, realizava atendimentos de 20 em 20 minutos, já que, como ela dizia: "você tem que voltar pra casa viva todos os dias" (sic)

Em acréscimo a isto, a vivência da violência por meio dos relatos dos usuários, mas também dos profissionais entre si, gera o que Piva (2011) chama de catástrofe psíquica. Essa catástrofe é causada por conta da intensidade negativa produzida por uma situação de violência à qual a estruturação psíquica daquele indivíduo e suas "mobilidades habituais" (p. 549) são

incapazes de dar conta. Como consequência disso, muitas vezes, o silenciamento e estagnação passam a fazer parte do processo deste sujeito.

Como é possível perceber pelos relatos dos profissionais, esse silenciamento não ocorre apenas com os usuários, mas também entre eles quando se trata do manejo dessas pessoas expostas a violência. Durante os encontros da Rasev, diversas vezes ouvi eles dizerem: "ninguém se escuta na equipe" (sic), "teve uma época que eu chorava no banheiro todo dia, porque compartilhar com os demais profissionais não dá"(sic) e "a gente busca parceria, mas acaba sendo violentada novamente" (sic).

A dificuldade de poder contar com os parceiros de trabalho juntamente com o manejo com os usuários de forma solitária gera também um sofrimento relevante nos profissionais. A sensação de **impotência** foi repetidamente relatada nos encontros, já que por conta dessa solidão e não podendo contar com os demais profissionais para pensar em novas resoluções para o caso, os profissionais tem que se a ver com limites e impedimentos importantes.

Esses vão no sentido tanto do limite no qual os serviços acabam esbarrando, quanto dos limites internos dos profissionais: "a promoção de saúde não é feita, estamos sempre correndo atrás do rabo"(sic); "quando eu tô muito dentro do caso, não consigo mais perceber para onde ir e poder ter alguém para falar de fora, seria importante" (sic).

Uma enfermeira disse uma vez: "quando o caso é forte, eu adoto a família"(sic). Quando questionada sobre os demais trabalhadores de sua equipe, ela dizia não poder contar com eles para esse compartilhamento, tendo que decidir e exercer o cuidado de forma solitária. Estar diante da violência gera "um embrulho"(sic) e uma "vontade de fugir para minha caverna"(sic).

A oferta de um espaço de escuta para os profissionais influenciou que os participantes passassem a valorizar [ainda mais] esse compartilhamento entre pares. O silêncio, para uma das profissionais, fazia com que estivessem correndo "o risco de não falar o que é difícil de dizer" (sic). Ofertar um espaço para "uma escuta mais profunda que o senso comum" (sic) e "parar, ouvir, estar disponível" (sic) possibilita que o usuário consiga se colocar de modo que seu discurso possa ser sustentado por esse profissional. Porém, é igualmente importante que os profissionais também consigam dizer o que é difícil de dizer, para que essa atuação se amplie e seja feita de forma compartilhada, sem fragmentações. Com isso, consigam estar presentes para suportar o que está sendo dito, vivido ou presenciado.

Terminamos um encontro com uma fala de uma profissional: "hoje deu mais tempo para falar"(sic). Esses profissionais "respiram violência" todos os dias, assim, ela passa a ser "uma luzinha que fica acesa na cabeça o tempo todo" (sic). Eles dizem não ter "respiro lá dentro

[dos serviços]"(sic). O respiro e o tempo para falar podem oferecer outro tipo de cuidado para essas situações de violência.

A experiência dos profissionais no momento do "aqui e agora" dos encontros da RASEV são importantes para romper um tanto com as burocracias e exigências do período de trabalho, podendo ser vista como um "respiro" para cuidar de si, modelando as suas formas de poder envelopar e sustentar o sujeito.

## 6. CONCLUSÃO

### 6.1. Da sustentação de redes para **mulheres, adolescentes e profissionais**

*"não são os traumas, em si mesmos, que constituem problema, mas a incapacidade da comunidade dos aparelhos psíquicos em transformá-los" (ROBERT, P., 73, 2006 apud BENGHOZI, 2010, p. 99)*

Acredito que a rapidez dos atendimentos e a superficialidade das relações entre profissionais e usuários têm duas influências. Uma delas é o fato de que novas formas de relações de trabalho passaram a se instituir por conta da influência da lógica de produção capitalista, acelerando processos e muitas vezes, alienando aqueles que os executam. Além disso, podemos pensar também no nível mais individual dos profissionais, que muitas vezes têm dificuldade de estarem em contato com as questões mais delicadas que os usuários apresentam.

A Iara e o Jorge são dois casos que representam muitos outros. Mulheres que acabam tendo seus vínculos familiares rompidos muitas vezes pelo uso de substâncias e pelas violências passadas na sua história de vida. E adolescentes que passam por um período preenchido por particularidades e acabam não tendo amparo para todas as mudanças. São dois grupos de sujeitos que o cuidado precisa ser olhado de uma forma diferente.

Eles têm uma semelhança: os dois chegaram para atendimento dos serviços de saúde. O que não ocorre em muitas situações. Assim, é importante a atuação dos profissionais, e aqui vou me ater aos profissionais da área da saúde, como uma possibilidade de se tornar um lugar dentro da malha desses sujeitos.

A chegada desses usuários nos serviços de saúde são permeadas pelo aparecimento de sintomas, na maioria das vezes. Considerando que manifestação desses sintomas dizem respeito a um "enfraquecimento da função continente" e "uma patologia de continente

genealógico" (BENGHOZI, 2010, p.61), é importante a preparação dos profissionais para que seja possível ampará-los e não propiciar mais uma experiência de desamparo.

No caso da psicologia é importante pensar em uma postura mais próxima e reparadora desses espaços de escuta. Um local onde esse sujeito possa se sentir confortado. Uma entrada dos profissionais e das instituições como uma possibilidade de "proteção contra um desmoronamento psíquico" (BENGHOZI, 2010, p.97) gerado pela não continência dos vínculos filiativos. Assim como este autor apresenta, acredito ser de extrema importância os espaços de escuta como uma "malhagem afiliativa terapêutica".

Assim, "trabalhar na terapia a organização horizontal do vínculo pela malhagem afiliativa, consiste em participar da restauração dos rasgos e falhas do vínculo filiativo." (BENGHOZI, 2010, p. 225). Consiste também em ofertar novas possibilidades de conexões, ligações e nós para que seja possível transformar, elaborar e modificar.

Para isso, é extremamente relevante o cuidado a esse trabalhador. Considerando a fragmentação gerada pela violência e pela lógica que os serviços estão funcionando, eles estão muito sozinhos. Atuando de forma solitária. Espaços com a potência de compartilhamento e de trocas, considerando um outro tempo de funcionamento, podem fortalecer para que essa casca da cebola - os profissionais - tenham também a casca da cebola que irá ampará-los.

Esse apoio, ilustrado aqui enquanto o espaço de apoio matricial intersetorial, pode ofertar, assim como é oferecido aos usuários em espaços de escuta, momentos de problematização de suas próprias ações, de situações que vivenciam, como forma de possibilitarem uma integração dessas experiências tão fragmentadas. Juntar os dois setores que acabam tendo contato mais direto com os usuários expostos a violência proporciona não só um fortalecimento do vínculo rede, mas um fortalecimento dos próprios profissionais.

A formação desse vínculo-rede poderá ser efetiva com o cuidado aos profissionais que estão em contato direto com a violência. Eles "respiram" aquilo que fragmenta, aquilo que rompe. O seu fortalecimento leva a um fortalecimento dos espaços de escuta - entre os serviços e entre os profissionais e usuários. O tear entre os serviços juntamente com os usuários pode permitir que aquelas relações esburacadas, com uma impossibilidade de integrar as partes, influenciando a modificação de traumas e violências, possam ser amparados e sustentados.

"O vínculo rede não é, pois, o de uma afiliação de adoção, mas de uma afiliação de sustentação" (BENGHOZI, 2010, p. 48). Que essa sustentação seja efetiva para ser possível que os profissionais de saúde possam colaborar na remalhagem dos tantos continentes esburacados que cruzamos por aí. Como os de Iara e os de Jorge.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, S. O segundo sexo: A experiência vivida. Tradução de Sérgio Milliet. 2. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

BENGHOZI, P.. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 101-109, 2005 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652005000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652005000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 08 nov. 2022.

BENGHOZI, P.. Malhagem, Filiação e Afiliação. Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social. 1ed. Editora Vetor, São Paulo, 2010.

BONDÍA, J.L.. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de Educação, [S.L.], n. 19, p. 20-28, abr. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782002000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 10. 216. Política Nacional de Saúde Mental, Brasília: Ministério da Saúde. 2001

BROIDE, J. Psicanálise: nas situações sociais críticas. Violência, juventude e periferia: uma abordagem grupal. 1ª Reimpressão. Curitiba: Juruá, 2010.

CAMPOS, G. W. S. A Clínica do Sujeito: Por uma Clínica Reformulada e Ampliada. In: Saúde Paidéia, Editora Hucitec, 2002

CAMPOS, G.. Projeto Terapêutico e estratégias de Promoção em Situações de Apoio Matricial. In: CAMPOS et al [org]. Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS. 1.ed. Ed. Hucitec: Fapesp. São Paulo, 2017, p. 103 - 111.

CASTRO, C. Apoio matricial no SUS Campinas: a construção de Práticas compartilhadas. In: In: CAMPOS et al [org]. Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS. 1.ed. Ed. Hucitec: Fapesp. São Paulo, 2017, p.112-140..

CORREA, O. R (org). Os Avatares da Transmissão Psíquica Geracional. São Paulo: Escuta, 2000.

CORREA, O. B. R. Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP* [online], v. 14, n. 3, pp. 35-45, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/H75VPQqNGChsyHwFM5xXqBQ/?lang=pt#ModalArticles>  
Acesso em 08 nov 2022

DAHLBERG, L.. e KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 11, n. suppl, 2006, pp. 1163-1178. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdhfpcdw/?lang=pt#> Acesso em: 08 nov 2022

DALTRO, M.R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p. 223-237, abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n1/v19n1a13.pdf>. Acesso em: 08 nov 2022.

GAMA, C.. Saúde Mental na Atenção Básica: As Relações entre a subjetividade e o Território. Tese Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

KHEL, M.R. Deslocamentos do feminino. 2ed, Rio de Janeiro, Imago, 2008

MARTINS, K.; LACERDA JR, F.. A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 14, n. 31, p. 569-589, dez. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2014000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300010&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 nov. 2022

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2022.

ONOCKO CAMPOS, R. Elas Continuam Loucas: De que serviria aos serviços públicos de saúde uma releitura dos textos de Freud sobre a histeria?. *Bol. Saúde*, v..23, n.2, p. 149-162, Porto Alegre, 2009

ONOCKO CAMPOS, R. O Planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica. 2 ed. São Paulo; Hucitec, 2012.

ONOCKO CAMPOS, R. Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces. 2 ed. São Paulo; Hucitec, 2014

ONOCKO CAMPOS, R. Settings Winnicottianos: como adaptá-los às políticas públicas na atual conjuntura brasileira?. Prelo da Revista Natureza Humana, 2022

PETERS, D., ADAM, T., ALONG, O., AGYEPONG, I., & TRAN, N. Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal Of Sports Medicine*, 48(8), 731-736, 2014

PIVA, A. Abuso sexual: traumatismo e catástrofe psíquica. Rev. da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre, vol. 13., n. 2, 2011.

PROCTOR, E., LANDSVERK, J., AARONS, G., CHAMBERS, D., GLISSON, C., & MITTMAN, B. Implementation Research in Mental Health Services: An Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges. *Administration and Policy In Mental Health And Mental Health Services Research*, 36(1), 24-34, 2008

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?. *Revista USP*, [S. l.], n. 51, p. 104-113, 2001. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i51p104-113. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35104>. Acesso em: 8 nov. 2022.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. P. L.; HANADA, H.; KISS, L.. Assistência a mulheres em situação de violência - da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital*, 12(3), p. 237-254, 2012. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al> Acesso em 8 nov. 2022

SILVA, M. C.. O Fenômeno Transgeracional Ilustrado em Três Momentos da Vida - na Infância Precoce, na Adolescência e na Vida Adulta. In: BARONE et al. A Psicanálise e a Clínica Extensa: III Encontro Psicanalítico da Teoria dos Campos. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2005.

TRACHTENBERG, A. R. C. Efeitos psíquicos das heranças culturais. In: PASTORI, S. S., NICOLAU, R. F. (Orgs.). Encontro transcultural: subjetividade e psicopatologia no mundo globalizado (pp. 155-165). São Paulo: Escuta, 2012. p.155-165.

WINNICOTT, D. O Brincar e a Realidade. São Paulo, Ebu Editora, 2019

YIN, R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ed. Porto Alegre, Bookman, 2001

ZANNELO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S.. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. Fractal : Revista de Psicologia [online], v. 27, n. 3,, 2015, p. 238-246.

ZANELLO, V.. Saúde Mental, Gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. 1ed, Appris, Curitiba, 2018