



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

DANIELLE CHRISTINE VASCONCELOS CHAUVET

**O CUIDADO NAS PSICOSES: REFLEXÕES PARA UMA CLÍNICA
AMPLIADA À LUZ DA PSICANÁLISE**

BRASÍLIA

2019

DANIELLE CHRISTINE VASCONCELOS CHAUVET

**O CUIDADO NAS PSICOSES: REFLEXÕES PARA UMA CLÍNICA
AMPLIADA À LUZ DA PSICANÁLISE**

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
– UniCEUB como requisito básico para a
obtenção do grau de psicóloga.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa
Martins de Resende.

BRASÍLIA

2019

Folha de Avaliação

Autora: Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

Título: O cuidado nas psicoses: reflexões para uma clínica ampliada à luz da psicanálise

Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB como requisito básico para a obtenção do grau de psicóloga.

Professora-orientadora: Dra. Tania Inessa Martins de Resende.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Tania Inessa Martins de Resende

Dra. Juliana Pacheco

Prof. Me. Guilherme Henderson

BRASÍLIA

DEZEMBRO/2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha supervisora de estágio e orientadora Tania Inessa, quem me apresentou, com encanto, o cuidado. Estes últimos semestres, nos quais pude ter mais contato com o campo da saúde mental e com a psicanálise foram transformadores em níveis que ainda estou para elaborar. A disponibilidade de sua presença e seu olhar sobre o cuidado me movimentam em minhas reflexões e práticas.

À minha família e, sobretudo, a meus pais, Lorene e Gilberto, e avó, Idalete, que apoiam minhas escolhas e que me deram suporte na continuidade dos meus estudos. Obrigada por segurarem as pontas nas mínimas-grandes-coisas do meu cotidiano e pelo amor.

Ao Bruno Damando, que me lembrou o que é ser um amigo, por todos os sonhos compartilhados e caminhos que ainda estão por vir. A Julia Cobucci pela parceria e pela relação de cooperação, na qual eu sinto que, de ambos os lados, impulsiona-nos sempre para algo melhor. A Jéssica Lôbo por ter acreditado em mim e nas minhas ideias e por ter me acompanhado em intensos momentos ao longo do curso. Ao Matheus Aguiar pela escuta incansável e atenciosa, pela sensibilidade em cada ato e pela enorme presença neste processo. Aos meus amigos, amigas e colegas de curso, pelo percurso de desenvolvimento conjunto.

A todas as minhas professoras e professores que são parte da minha formação e, particularmente, ao Juliano Lagoas, por me direcionar constantemente para a “outra coisa” nas supervisões e orientações, ao Daniel Goulart, pelos diálogos mobilizadores, por me acompanhar, fazendo-me ver outras perspectivas em saúde mental, ao Guilherme Henderson, pela supervisão surpreendente e pela confiança em mim na clínica, ao José Bizerril, professor marcante desde o início de minha formação pelo conhecimento infinito e a Francielly Müller, pessoa admirável com quem tive trocas tão significativas.

À toda a equipe do CAPS, que me recebeu com muito acolhimento, às psicólogas e psicólogos que, além de terem participado desta pesquisa, fazem trabalhos incríveis e que, no fechamento desse meu ciclo, mostraram-me tantas outras possibilidades e perspectivas na profissão. À Companhia de Teatro e Cinema Atravessa a Porta, pelo espaço do brincar entre realidade e a fantasia de forma compartilhada e à Oficina dos Saberes, onde começo a aprender a coordenar um grupo de saúde mental. Em especial, a Juliana Pacheco por, no meio de tantas demandas, parar para ouvir as minhas e me orientar e por sua extraordinária habilidade de tornar um ambiente por vezes tão difícil, mais leve.

Às frequentadoras e frequentadores do CAPS que nos ensinam como cuidar e sobre a vida.

*A minha alucinação
é suportar o dia a dia
e meu delírio
é a experiência
com coisas reais
(BELCHIOR)*

RESUMO

Esta monografia partiu de uma experiência de cuidado, como estagiária de psicologia, com as psicoses, feito de forma territorializada, em movimento e em equipe, tomando o corpo como espaço privilegiado de atenção, em um serviço substitutivo de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Desde um olhar psicanalítico, tivemos como objetivo compreender os desdobramentos desse modo de cuidado para a clínica. Também buscamos compreender como as possibilidades de vínculo transferencial neste cuidado podem favorecer a reinserção social do usuário na comunidade e analisar os impactos deste cuidado em serviços comunitários para a teoria psicanalítica. Para atingir estes objetivos, organizamos o trabalho em quatro capítulos. Nos dois primeiros capítulos, apresentamos teoricamente sobre o sujeito psicótico, a transferência multirreferencial, a clínica das psicoses em um diálogo entre o consultório particular e a clínica ampliada, além de discutirmos sobre saúde mental e psicanálise e as possibilidades clínicas relativas à vida cotidiana e à convivência. O terceiro capítulo é composto pela metodologia qualitativa que utilizamos para o alcance dos objetivos propostos. A análise foi baseada na hermenêutica de profundidade das informações qualitativas produzidas por meio de entrevistas com quatro psicólogos que trabalham em um CAPS e por reflexões oriundas dos diários de campo que construí ao longo de minha experiência como estagiária em um CAPS. O quarto capítulo consiste na análise propriamente dita. Contextualizamos sócio-historicamente o cenário da saúde mental nacional e da saúde mental no DF, bem como o contexto no qual foram baseadas as experiências relatadas neste trabalho para, em seguida, realizar uma análise formal configurada em cinco categorias escolhidas, nas quais articulamos em nossas análises, as entrevistas realizadas e as experiências descritas em meus diários de campo por meio de uma leitura psicanalítica. A última etapa da análise é a interpretação/reinterpretação, em que destacamos os principais pontos do trabalho, buscando incitar novos significados. Por fim, pudemos trazer reflexões para a clínica das psicoses de modo a ampliá-la, seja ela feita em consultório, seja em serviços comunitários de saúde.

Palavras-chave: Clínica ampliada. Saúde Mental. Psicanálise. Psicoses.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Capítulo I – A transferência nas psicoses: uma questão do sujeito.....	12
1.1 O sujeito psicótico	12
1.2 Um outro olhar	17
1.3 A transferência multirreferencial	20
Capítulo II – Entre o ideal e o real: um esboço das possibilidades clínicas.....	25
2.1 Tensionando a clínica.....	25
2.2 Breve discussão sobre saúde mental e psicanálise	31
2.3 A vida cotidiana e a convivência como possibilidades clínicas.....	36
Capítulo III – Metodologia.....	41
Capítulo IV – Análise das informações qualitativas	44
4.1 Análise sócio-histórica	44
4.2 Análise formal	46
4.2.1 A transferência	47
4.2.2 O corpo.....	53
4.2.3 O território.....	59
4.2.4 A clínica-política	67
4.2.5 Dá pra fazer	74
4.3 Interpretação/Reinterpretação	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
APÊNDICES.....	93
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	97

INTRODUÇÃO

O presente trabalho partiu de uma experiência de cuidado, como estagiária de psicologia, com as psicoses, feito de forma territorializada, em movimento e em equipe, tomando o corpo como espaço privilegiado de atenção, em um serviço substitutivo de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Desde um olhar psicanalítico, ele teve como intuito compreender os impactos dessa forma de cuidar para a clínica em suas diferentes modalidades de vínculo transferencial.

A premissa primordial que orienta esta pesquisa é de que as psicoses dizem de uma problemática relativa à posição existencial do sujeito (BIRMAN, 2007). Nesse sentido, elas consistem em um modo de vida e, mais especificamente, em um modo de sofrer. Considerando a ideia de Canguilhem (1978) e de Foucault (1987), de que o sofrimento não tem gramática própria, mas que cada sociedade se organiza de modo a legitimar e reconhecer algumas formas de sofrer, em detrimento de outras, entendemos que a forma de sofrer psicótica tem sido relegada, historicamente, a um plano de exclusão social.

Nesse prisma, certas exigências de respostas neuróticas a demandas sociais são constantemente feitas a sujeitos psicóticos, de modo que crises podem ser desencadeadas (CALLIGARIS, 2013). Além disso, há um risco da própria clínica acabar assumindo este papel de funcionar como uma injunção, demandando referência a uma função paterna, que é organizada diferentemente nas psicoses, se não se atentar para esta forma de existir no mundo.

As psicoterapias e a psicanálise também contribuíram e, de certa maneira, contribuem para a exclusão social das psicoses. A neurose foi e, em alguma medida, ainda é o modo de sofrer reconhecido prioritariamente para tratamento em consultórios tradicionais e a clínica psicanalítica, constituiu-se fundamentalmente como um espaço privado destinado à neurose. Outras formas de sofrer, como é o caso das psicoses, bem como outros modos de cuidar foram deixados em segundo plano. Baseando-nos em algumas concepções de Birman (2007), a questão que se impõe ao trabalho da psicanálise é: como criar um ambiente para que a experiência da loucura possa existir e se enunciar desde um sujeito?

É dessa lacuna que a reforma psiquiátrica parece se valer por meio do sistema público de saúde para levar a cabo o reconhecimento desse sofrimento que fica à margem da sociedade. A Lei 10.216 (BRASIL, 2001) visa à substituição gradual de instituições asilares por serviços abertos e comunitários, a partir da qual foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes centros são serviços de saúde mental abertos e comunitários que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, concebidos para substituir internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). São locais de referência que atendem pessoas em

sofrimento psíquico grave e que possuem alguma vulnerabilidade psicossocial. Seu objetivo é de oferecer atenção à população de sua área de abrangência por meio de acompanhamento clínico e reinserção de seus frequentadores na comunidade, favorecendo acesso ao trabalho, lazer, exercício de seus direitos e fortalecimento de relações (BRASIL, 2004). A clínica desses serviços, por sua vez, é definida como uma “clínica ampliada”, denotando um paradigma no qual, ao saber tradicional clínico, são incorporados outros saberes, procedimentos e preocupações (TENÓRIO, 2002).

A clínica ampliada parece fazer questões que problematizam tanto a clínica tradicional em seu processo de cuidar, quanto a própria teoria psicanalítica. A transferência, por exemplo, passa a adquirir uma conotação de expansão, em que cada usuário do serviço de saúde mental estabelece múltiplas transferências: com a equipe, com os grupos das oficinas, com outros usuários, com profissionais e com o espaço do serviço.

Sendo assim, este trabalho foi norteado pelo esforço de compreender teoricamente o que se passa no processo do cuidar em um CAPS e a modalidade de transferência que extrapola o modelo transferencial do *setting* clínico tradicional, por este ser uma aposta que permite um repensar teórico psicanalítico que, por sua vez, pode se desdobrar em novas alternativas práticas de cuidado. Dessa forma, torna-se possível também pensar o cuidado em saúde mental a partir de uma contribuição da psicanálise.

Portanto, a partir de um olhar psicanalítico, este estudo teve como objetivo geral compreender os desdobramentos para a clínica de um modo de cuidado com o sofrimento psicótico feito de forma territorializada, em serviços comunitários, em movimento e em equipe, tomando o corpo como espaço privilegiado de atenção.

Também foram delimitados dois objetivos específicos: (i) compreender como as possibilidades de vínculo transferencial no cuidado com a psicose podem favorecer a reinserção social do usuário na comunidade; (ii) analisar os impactos do cuidado diferenciado com a psicose em serviços comunitários para a teoria psicanalítica.

A monografia foi organizada em quatro capítulos. No capítulo I, com vistas a discutir as particularidades da transferência na psicose, introduzimos algumas abordagens de compreensão da psicose, isto é, do sujeito em sofrimento psicótico. Destacamos algumas contribuições e críticas para cada uma dessas perspectivas.

No capítulo II, na intenção de debater os limites e potencialidades da clínica das psicoses, fornecemos um panorama geral sobre a constituição da clínica tradicional de consultório e promovemos o diálogo desta clínica com a clínica ampliada. Em seguida, discutimos brevemente a relação entre saúde mental e psicanálise e, por fim, abordamos

algumas possibilidades clínicas acerca do cuidado na psicose relativas à vida cotidiana e à convivência.

O capítulo III é constituído pela metodologia que utilizamos para o alcance dos objetivos propostos. Realizamos uma pesquisa qualitativa, fundamentada na hermenêutica de profundidade proposta por Thompson (1995) e reinterpretada por Demo (2006), a qual é composta por três níveis de análise: (i) análise sócio-histórica; (ii) análise formal; (iii) interpretação/reinterpretação. As informações qualitativas foram produzidas por meio de entrevistas com quatro psicólogos que trabalham em um CAPS e por reflexões oriundas dos diários de campo que construí ao longo de minha experiência como estagiária em um CAPS.

O último capítulo, por sua vez, organizou a análise deste estudo. Na análise sócio-histórica, ilustramos resumidamente o cenário da saúde mental nacional e da saúde mental no DF, bem como o contexto no qual foram baseadas as experiências relatadas neste trabalho. A análise formal foi composta por cinco categorias escolhidas com base nas entrevistas realizadas e nas experiências descritas em meus diários de campo por meio de uma leitura psicanalítica. Na interpretação/reinterpretação, destaco os principais pontos do trabalho que chamaram a atenção, buscando incitar novos significados a partir de meu olhar.

Para finalizar, nas considerações finais, saliento os resultados obtidos com a realização deste trabalho e aponto algumas recomendações para futuras pesquisas.

Capítulo I

A transferência nas psicoses: uma questão do sujeito

Nesta seção, formulamos algumas considerações, perpassando contribuições e críticas acerca da teoria sobre o sujeito psicótico a partir de alguns autores que se remetem à escola francesa e à escola inglesa de psicanálise para, em seguida, delinear uma perspectiva sobre a transferência na psicose.

1.1 O sujeito psicótico

Em variados campos do saber e, inclusive, na psicanálise, a psicose é apresentada em comparação com a neurose e como sendo da ordem de uma negatividade: como um caminho que deu errado, uma falha, uma estrutura regressiva, como ausência ou falta e, nesses casos, busca-se, por meio de uma determinação linear, o “evento causador” da psicose para que então ela possa ser prevenida.

Na contramão dessa perspectiva a respeito da psicose como negatividade com relação à neurose, a alternativa ética é a posituação da psicose, em que se supõe o psicótico como sujeito e as consequências implícitas dessa posição, de que nele há inconsciente e desejo. A aposta de uma psicanálise ética é de que o outro seja sempre tomado em sua singularidade, independentemente de quem ele seja (RIBEIRO, 2007).

Isto posto, urge a pergunta: de que lugar o analista pode falar de uma experiência psicótica? Neste aspecto, Aulagnier (1980), ao relatar sobre um livro escrito por um sujeito psicótico, descreve como que o autor, Wolfson, usava de humor para contar como o que os profissionais de saúde diziam a respeito de sua vivência pouco lhe mobilizava e que havia um abismo colossal entre o que eles diziam sobre Wolfson e o que ele pensava acerca de si. Deste modo, mais do que dizer *sobre* a experiência de um outro, baseando-nos em Ribeiro (2007), a tentativa deve se dar no sentido da construção de um lugar para o analista na relação com o sujeito psicótico para, antes de mais nada, ofertar interlocução e cuidado. É primordialmente o cuidado que nos orienta na direção de tentar compreender uma vivência que é marcada necessariamente por uma distância que se impõe pela própria experiência.

A premissa na qual esta pesquisa se baseia é que as psicoses dizem de uma problemática relativa à posição existencial do sujeito (BIRMAN, 2007). Nesse sentido, Ribeiro (2007), apoiada na noção dos “não-lugares” (AUGÉ, 1994), compreende a psicose como experiência do não-lugar por excelência, isto é, da habitação em um espaço de passagem, onde as referências parecem escapar a todo instante. A identificação do psicótico

com a figura do errante, que caminha sem um destino específico, mas pelo próprio caminhar (CALLIGARIS, 2013) é homóloga a esse não-lugar de existência psíquica na psicose.

Consideramos que, mais do que um não-lugar relativo ao psíquico pelo fato de a problemática psicótica estar articulada à relação com o outro e com o simbólico, havendo um afastamento da realidade compartilhada socialmente (MOURÃO, 2018), a psicose passa pela questão da exclusão social, por um não-lugar que é *produzido* socialmente, constituindo um impasse para sua habitação em um lugar social. Essa exclusão, segundo Tenório (2001), é materializada no plano da anulação simbólica, no qual sua palavra é destituída de verdade, e no plano da prática asilar. Em ambas, o poder contratual (TENÓRIO, 2001), de trocas e de laço social é negado. Desta maneira, é preciso cuidado ao dizer que o não-lugar é meramente psíquico, imputando unicamente ao sujeito, inclusive, o motivo de sua segregação. Cabe pensar em um giro dessa negatividade que o “não” de “não-lugar” carrega, em que passemos de uma justificação individual, ou mesmo, estrutural, para reconhecer a responsabilidade do social em temas que se referem a uma sobredeterminação mais complexa. Neste ponto, enfatizamos que é um não-lugar fabricado, não dado *a priori* por uma estrutura que, em última instância, em sua positivação, é uma forma de viver no mundo.

No aspecto diagnóstico da clínica psicanalítica lacaniana, é relevante frisar que mesmo na ausência de fenômenos comumente associados à psicose, como alucinações e delírios, é possível haver um diagnóstico de psicose – uma psicose fora de crise, uma vez que o diagnóstico é estrutural. A implicação desse modo de diagnosticar é que ele se dá *na* transferência a partir da posição em que o paciente coloca o analista; logo, o analista está incluído na estrutura do paciente pela transferência (CALLIGARIS, 2013).

Vale ressaltar que estrutura psíquica não diz respeito à doença, mas sim a um modo de estar no mundo. Desde o texto de Freud (1901/1996) *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, essa noção que opõe normal e patológico é questionada, posto que os mesmos mecanismos presentes nos sintomas, apresentam-se na vida cotidiana, não se constituindo em uma diferença qualitativa. Em *A perda da realidade na neurose e na psicose*, mais uma vez, Freud (1924/2011) evidencia que o incômodo e o afastamento da realidade se dá em ambas as estruturas (neurose e psicose) e que a distinção que, em um primeiro olhar, poderia parecer clara, enfraquece-se quando se leva em conta que tanto a perda da realidade, quanto a tentativa de substituí-la ocorre não só na psicose, mas também na neurose por meio da fantasia inconsciente. Estrutura psíquica tem a ver com subjetividade, com aquilo que não reconhecemos em nós mesmos, com uma inconformação e não adaptação a tudo o que aparece como dominação (LOBOSQUE, 2001).

Uma estrutura é sempre uma estrutura de defesa frente à possibilidade de ser reduzido ao seu corpo como objeto de uma demanda imaginária do Outro, de se perder no gozo deste Outro (CALLIGARIS, 2013). Essa defesa, por sua vez, implica um saber que é diferente em estruturas distintas: enquanto na neurose, supõe-se um sujeito ao saber – o que em uma análise vemos na posição em que o analista é colocado, como um sujeito suposto saber –, na psicose não há um sujeito em quem confiar, cabendo ao próprio sujeito psicótico a tarefa de sustentar a totalidade do saber; eis a necessidade de errância infinita na psicose. Na discussão deste autor, não sendo o saber suposto, ele tem de ser tecido e sustentado nas trilhas da errância psicótica.

Segundo este mesmo autor, a errância psicótica é uma consequência da posição relativa ao saber dessa estrutura. Se, na neurose, o campo da significação é ordenado em torno de um centro, na psicose não há esse horizonte de significação do mundo orientado em volta de uma significação central, em que um ponto decide o valor dos outros. Desse modo, todos os caminhos são uma possibilidade e o sujeito os percorre não na busca por um destino final, mas pelo próprio errar¹. Os significantes que na neurose têm uma função de amarragem central, na psicose não têm essa mesma função e o psicótico desliza metonimicamente por eles (CALLIGARIS, 2013).

Um desdobramento inteiramente contestável dessa posição eminentemente errante da psicose seria de que não há sujeito nesta estrutura, uma vez que não havendo essa significação central ordenadora, a psicose estaria apenas nos registros real e imaginário, o que não é o caso – em razão de ser evidente que o psicótico está tomado na estrutura da linguagem. Para além da exclusão da condição de cidadania que é notável quando falamos do campo das psicoses, a exclusão da subjetividade é também uma dimensão fortemente evidente, que retira o direito de ser diferente, de ter questionamentos, escolhas e projetos próprios (LOBOSQUE, 1997).

É interessante perceber que o que define um animal é justamente os registros real e imaginário com a exclusão do simbólico (CALLIGARIS, 2013); o que demonstra que a psicanálise, de alguma forma, corroborou com a histórica identificação da loucura com a animalidade, em que se o critério para diferenciação de pessoas e animais seria a racionalidade e os ditos loucos são destituídos dela, eles pertenceriam então a uma classe infra-humana (GARCIA-ROZA, 2009). Em uma linha contrária, de acordo com Birman (1992) *apud* Lobosque (2001), “seria preciso reconhecer a diferença do universo da loucura frente ao universo da não loucura sem que isto implique na retirada da loucura do campo da

¹ Errar estritamente no sentido de errância, não estando relacionado ao erro.

verdade e na destituição da função sujeito” (p. 70).

Esta forma de estruturação psicótica, que à luz dos referenciais ético e clínico da psicanálise constitui um legítimo modo de vida, quando é confrontada com uma demanda neurótica, esta funciona como uma injunção para o sujeito (RIBEIRO, 2007), demandando referência à função paterna, isto é, a uma amarragem fixa central que organizaria seu saber – o que é característico da organização do mundo para a neurose, e não para a psicose e então uma crise pode ser desencadeada (CALLIGARIS, 2013). Se, por um lado, a psicanálise entende o diagnóstico como estrutural, o elemento da “incompreensibilidade” se faz presente quando levamos em conta a crise. Uma noção relativa à crise é que neste momento há um sentido cortado, por exemplo, vozes que se introduzem no psiquismo sem se inserirem de modo a formar cadeia com nenhum elemento que esteja lá (LOBOSQUE, 2001).

O saber psicótico, então, entra em um estado crepuscular, deixando o sujeito sem significação e os significantes passam a falar no real, de maneira que o sujeito os ouve como alucinação auditiva, por exemplo (CALLIGARIS, 2013). O caráter dos sintomas produzidos a partir desse momento é de invasão, de imposição desde um lugar exterior (LOBOSQUE, 2001). É em resposta a essa perplexidade que se impõe ao psicótico que uma crise se deflagra, apresentando-se como da ordem do excesso e dissonante (ALMEIDA, 2015). Após este momento, e mesmo durante ele, pode haver uma tentativa do sujeito de constituir um delírio como forma de saída da crise. Se esta alternativa é obstaculizada e a possibilidade da construção de um delírio é obstaculizada, como ocorre correntemente em instituições, uma cronificação do estado crepuscular (e não do delírio) pode se instaurar: “a cronificação então é sempre hospitalar” (CALLIGARIS, 2013, p. 79).

Dessa maneira, o trabalho clínico deve passar necessariamente pela consideração de toda tentativa de formar vínculo por parte do sujeito psicótico. Sendo as manifestações sintomáticas – seja uma alucinação ou um delírio – tentativas de fazer laço social, o trabalho longe de ser na direção da busca de eliminá-las a qualquer custo, deve ser o de reconhecimento, pois o delírio não prescinde, assim como sintomas neuróticos, do reconhecimento do Outro (QUINET, 2006; ALMEIDA, 2015).

Em seu texto *Neurose e Psicose*, Freud (1924/1996) ressalta o caráter de reconstrução e da tentativa de cura que o delírio manifesta, uma vez que ele emerge como um “remendo” na fenda que se estabelece entre o eu e o mundo externo. Em consonância com Freud, Lobosque (2001) afirma que um sistema delirante é o produto de um trabalho de elaboração, em que o sujeito tenta explicar e organizar as estranhas significações que lhe ocorrem. Sendo assim, Freud (1937/2006) propõe o deslocamento da loucura do registro do erro, defendendo

que um delírio, por exemplo, contém um fragmento de verdade histórica, configurando-se como uma forma particular do sujeito dizer a verdade.

Ademais, ao discorrer sobre os passos envolvidos na construção de uma neurose e de uma psicose, Freud (1924/1996) chama a atenção para as semelhanças análogas nesses dois processos, indicando que em ambas as estruturas há uma dimensão de inconformidade, de não adaptação e de perda da realidade e que, em um segundo momento, existe um esforço para reconstruí-la, repará-la. Na neurose, o primeiro passo é aquele em que uma pulsão é recalçada em obediência à realidade – realidade simbólica, ordenada pelo significante; e, no segundo, o recalque fracassa, de maneira que se perde o fragmento da realidade que o havia comandado. De modo outro, na psicose, primeiramente há uma rejeição da realidade e, em segundo plano, há uma tentativa de reparação pela construção de uma realidade que substitua a realidade rejeitada. A distinção fundamental está no primeiro passo, em que, de um lado, a neurose não repudia a realidade, mas a ignora, isto é, admite a realidade, mesmo que a contragosto e, de outro lado, a psicose a rejeita e busca substituí-la (FREUD, 1924/1996; LOBOSQUE, 2001). Desse modo, a realidade que ficou de fora foi forcluída: sendo abolida internamente, retorna desde fora (LOBOSQUE, 2001).

A realidade sobre a qual Lobosque (2001) discorre é a realidade da castração e dizer que ela não se inscreve para o psicótico, longe de corroborar para a ideia de que ela não se faz presente para ele, relaciona-se ao fato de que se trata de um modo de presença específico, “uma presença exterior” (p. 69). Por conseguinte, tanto acusações superegoicas, quanto certos desejos que, nos neuróticos são vedados por eles próprios, na psicose, eles não são vedados e acabam por aparecer “de fora” para os sujeitos. Sendo assim, a culpa, por exemplo, aparece como vinda de fora – a lei surge como persecutória (LOBOSQUE, 2001).

Sobre as contribuições da escola francesa à psicose, percebemos que, se por um lado há um enfoque demasiado ao papel da função paterna, existe, em um outro sentido, um esforço de positivá-la, principalmente por entendê-la como estrutura, para além de momentos de crise. A forclusão como explicação para a experiência delirante, por exemplo, fornece uma via que pode ser fértil quando entendida como um mecanismo que não só se diferencia da neurose em seu fim, mas que tem semelhanças com ela no quesito da inconformação com a realidade e de sua conseqüente perda e substituição. Porém, é preciso parcimônia quando se relega uma parte sobremaneira centralizada a esse mecanismo e, seguimos Tenório (2001) em sua asserção de que essa teoria da forclusão deve necessariamente ser acompanhada da ideia de que, para cada sujeito, cabe uma solução particular indicada por ele de maneira articulada a seu modo de subjetivação específico e ao seu delírio, que diz de sua verdade. Ademais, além

do trabalho do delírio como meio de organização e passagem por uma crise, é importante explicitar que, pelo fato de não sabermos o que de antemão poderá funcionar como um “ponto de ancoragem” (p. 133), que atue como referência para a produção de um sujeito (TENÓRIO, 2001), existe uma pluralidade de alternativas. Ao elaborar sobre a realidade pública institucional de atenção à psicose, Tenório (2001) dispõe os seguintes arranjos como potencialidades que sirvam como ponto de referência para a psicose:

“atividade laboral/criacionista ininterrupta, como foi o caso de Bispo; a transferência no contexto de uma análise individual; o conjunto de atividades e relações encontradas no serviço [de saúde mental]; ou a combinação de todos os recursos da atenção psicossocial, como trabalho protegido, interações eventuais, suporte familiar e visitas domiciliares. Em qualquer caso, o que pode fazer da instituição um ponto de ancoragem é a oportunidade dada ao psicótico de nela fazer o trabalho de circunscrever os termos de sua existência” (p. 133).

1.2 Um outro olhar

Diferentemente do diagnóstico estrutural enfatizado pela psicanálise da escola francesa, Braga (2012) aponta que Winnicott, apesar de utilizar os termos “neurose” e “psicose”, não fala em estruturação psíquica, tendo uma compreensão mais dinâmica do diagnóstico, de maior fluidez e sensibilidade a possíveis alterações diagnósticas ao longo do tempo. É central nessa concepção diagnosticar em uma perspectiva maturacional de uma pessoa rumo à independência (BRAGA, 2012). Há, entretanto, um ponto importante de convergência entre esses distintos olhares psicanalíticos: o critério sintomatológico não consiste no cerne diagnóstico (DIAS, 2008).

A teoria winnicottiana do amadurecimento entende que a todo humano é inerente uma tendência ao amadurecimento, à integração em uma unidade (DIAS, 2008). No entanto, esta autora afirma que, para que esse processo ocorra, um ambiente facilitador é condição fundamental, dado que, mesmo que essa tendência seja inata, somente o passar do tempo não garante a realização deste movimento. Em cada estágio da vida existem processos de crescimento e, para essa teoria, os estágios iniciais são enfatizados, em razão de que alguns alicerces da saúde seriam formados nestes primeiros momentos (DIAS, 2008).

As psicoses se relacionariam então a uma privação em uma época em que a dependência do bebê para com a mãe é absoluta e ele não percebe a provisão ambiental (WINNICOTT, 1960/1983). Neste panorama, por entender a psicose como uma organização de tipo mais primitiva (DIAS, 2008), é visível uma relação comum entre bebê desamparado e adulto em experiência psicótica, uma vez que em ambos há algo em comum concernente à situação do estado de dependência (MOTA, 2013). O ambiente falho como que invade este

bebê, impondo-se no lugar de se deixar descobrir e, não podendo se defender dessas falhas por depender absolutamente deste ambiente (RIBEIRO, 2007), quando tem de reagir continuamente, segundo Winnicott (1960/1983), instaura-se um padrão de fragmentação que sobrecarrega o bebê. O bebê passa a não comunicar que algo essencial deste ambiente falta porque perde a esperança de que suas necessidades possam ser atendidas, mesmo que parcialmente e então ninguém nota a dificuldade instalada (DIAS, 2008).

Em uma concepção winnicottiana, a psicose, partindo da mesma ideia freudiana abordada anteriormente, diz de um processo de defesa que, nesta perspectiva se posiciona como uma defesa em relação a falhas ambientais que se deram precocemente na vida de um sujeito (RIBEIRO, 2007). Entendemos que essa ênfase na falha ou no fracasso ambiental como causa para uma psicose é questionável, todavia esta autora nos lembra que o ambiente, pelo inesperado, é sempre falho. O traumático, ou o colapso, se dá quando essa falha é intolerável e acaba por romper um senso de continuidade da existência do sujeito, uma vez que, no momento dessa falha, ele ainda não tinha recursos para lidar com ela. Essa organização defensiva, como afirma esta autora, visa a uma invulnerabilidade para que o sujeito não tenha que experimentar mais a angústia extrema vivida em um momento anterior.

A invasão ambiental é o que gera reações constantes frente a esse ambiente, constituindo um padrão reacional e um estado de alerta que dificulta o descanso do bebê (DIAS, 2008). Essa invasão não precisa ser ativa, bastando o ambiente não ser facilitador para que ele seja invasivo. De um movimento potencialmente criativo, ainda segundo esta autora, o bebê passa a apenas reagir por se defender de uma ameaça de despersonalização.

O estágio primitivo no qual se situa essa falha ambiental é o do momento em que o bebê vive uma onipotência e está unido ao ambiente, experienciando-o como parte de si, não separado (BRAGA, 2012). Em um estágio da vida que o bebê tem a necessidade de funções do ambiente, como *holding* (sustentação) e *handling* (manejo) para que disponha de um ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1952/1958) e este o frustra, esse padrão reativo pode ser instaurado.

Holding, como função ambiental, diz respeito à sustentação do bebê não só física, corporal, mas à “provisão ambiental total” (WINNICOTT, 1960/1983, p. 44), referindo-se à relação espacial e também temporal (WINNICOTT, 1960/1983). Relaciona-se à capacidade que a mãe tem de se identificar com o bebê e suas necessidades e que, se não é suficientemente boa, pode ser fonte de “sensação de despedaçamento” (WINNICOTT, 1965/1993, p. 27), por exemplo. Já o *handling*, relaciona-se ao manejo do corpo do bebê, como o toque e toda a manipulação corporal, contribuindo para a personalização

(WINNICOTT, 1971/1992). Ambas as funções dizem das necessidades do bebê no estágio em que se encontram.

A discussão sobre as agonias impensáveis² que o bebê vivencia em um momento de não integração e de dependência absoluta, no qual o bebê não separa o eu do não eu (WINNICOTT, 1960/1983), relacionam-se ao colapso. Este se dá e é impensável porque ocorre quando ainda não há um eu que possa experimentar de modo a elaborar essas agonias (RIBEIRO, 2007). No lugar de uma integração que estaria ligada à função ambiental de segurança, a defesa se organiza frente ao medo do colapso outrora ocorrido (WINNICOTT, 1960/1983).

O trabalho com a psicose na clínica winnicottiana, de acordo com Dias (2008), passa sempre pela necessidade do paciente, não havendo uma técnica *a priori* que determina a ação do analista. São necessidades flexíveis, que variam conforme o tempo e, por isso, exigem uma constante adaptação do analista à necessidade em voga em cada situação (BRAGA, 2012). No caso de uma psicose, é preciso que o analista seja sensível ao estágio de dependência por uma necessidade do paciente, posto que, Dias (2008) afirma, a teoria do amadurecimento deve ser o guia da ação terapêutica e, em se tratando de um núcleo problemático da psicose essa fase primitiva de dependência absoluta, a direção do tratamento deve se dar no sentido do analista ir até onde o sujeito está, regredido, como forma de prevenção à cronificação de sintomas (BRAGA, 2012).

Entendemos que as principais contribuições de Winnicott para o campo da psicose estão articuladas, sobretudo, à atenção com relação às necessidades do sujeito, tendo o analista que se adaptar ao que surge do outro com sensibilidade. O conceito de *holding* funciona como um operador interessante, visto que, desde um entendimento que na psicose há certo sentimento de fragmentação de si e do corpo, oferecer sustentação pode ser um caminho fecundo à busca de um lugar e uma reintegração na psicose. Todavia, a excessiva ênfase em uma falha ambiental e a perspectiva de que a psicose se remeteria a um estágio muito primitivo de desenvolvimento nos parece reforçar, mais uma vez, uma ideia negativa da psicose, tanto em seu aspecto de algo que “deu errado”, quanto no sentido de uma falta comparativa à neurose, perdendo, assim, a possibilidade de positivá-la como uma forma diferente de ser e estar no mundo, de sofrer.

² No texto *Teoria do relacionamento paterno-infantil*, no livro *O Ambiente e os Processos de Maturação* (WINNICOTT, 1960/1983), a tradução de “agonias impensáveis”, encontrada em outras traduções, é “ansiedades inimagináveis”.

1.3 A transferência multirreferencial

Uma questão um tanto quanto polêmica na literatura pesquisada neste trabalho é do que se trata a transferência na psicose. Faz-se necessário, portanto, situar de onde parte a discussão a ser apresentada neste texto. Uma primeira pergunta na tentativa de esclarecer tal ponto pode ser feita: existe transferência na psicose? De acordo com Oury e Salignon (1986), há certos grupos que insistem que não há transferência na psicose, utilizando de determinada leitura de Freud como prova dessa assertiva. Nas palavras dos autores supracitados, a consequência dessa posição é muito clara: “se não há transferência, não temos que quebrar a cabeça!” (1986, p. 4, tradução nossa).

Entretanto, a defesa de Oury e Salignon (1986) é que, neste caso, a existência ou não da transferência na psicose, requer, para além de uma justificativa epistemológica, uma *decisão* que, no campo da psicose, é necessariamente política, tendo desdobramentos diversos e, especialmente nítidos, para a clínica. Se não decidimos ou, se não há transferência nessa estrutura, os psicóticos continuarão a girar nas mesmas voltas, a divagar, e haverá sempre “os agitados” e, por conseguinte, a segregação. “É uma decisão operatória, que terá uma importância primordial na qualidade da existência de cada um” (OURY; SALIGNON, 1986, p. 4, tradução nossa) e, dessa forma, iniciamos o trabalho assumindo a posição de que há transferência na psicose.

É curioso pensar que a transferência, em uma “definição” mais clássica, é a repetição de histórias relacionais passadas no presente e que, a decisão por não haver transferência na psicose teria, portanto, a implicação lógica de que não há história nessa estrutura. Ainda, em não havendo história, não há pessoa, e muito menos sujeito, o que tem relação com o apagamento da humanidade na psicose que, historicamente, existiu e, em alguma medida, ainda se mantém.

Dessa história usurpada na psicose, a psicanálise também tem sua participação pela ideia anteriormente apresentada de que o sujeito psicótico seria tomado apenas pelos registros real e imaginário, com a exclusão do simbólico. No entanto, conforme Calligaris (2013), é evidente que o sujeito psicótico esteja tomado também pelo simbólico, porém de uma forma diferente da neurose. Sendo assim, ele tem todas as condições de reconstituir sua história, dispondo de significantes para falar de si; o que muda com relação à neurose é que esses significantes não tem função de amarragem central e, logo, a forclusão não é de significantes, mas de uma função. O que retorna, falando no real, são justamente esses significantes. A reflexão que se depreende para o cuidado deve ir, portanto, na direção de encontrar modos de escuta para a reconstrução dessa história.

O sujeito psicótico, a depender se está nos caminhos de sua errância ou em um momento de crise inicial, pode interpelar um analista desde diferentes posições transferenciais. No primeiro caso, o encontro entre ambos se dá de forma que o sujeito não coloca o analista na posição de sujeito suposto saber, na medida em que, ao buscar uma análise, ele está consultando o saber mesmo da psicanálise, um saber sem agente. Nesta situação, o analista pode responder de modo simples, aceitando acompanhar este que busca dar uma volta em um saber total, universal, que o sujeito mesmo sustenta (CALLIGARIS, 2013).

De outro modo, de acordo com este autor, por vezes, o sujeito psicótico demanda um analista em uma fase na qual seu saber já está em um estado crepuscular, isto é, a crise já foi desencadeada e, sendo assim, ele procura um lugar onde ele possa enfrentar essa exigência paterna que ameaça seu saber na transferência. É importante para o analista distinguir essas posições, de maneira que este pode estar sendo escutado como significantes ou como alucinações, se na transferência o sujeito coloca o analista como função paterna em uma posição simbólica ou real.

Para além dessas posições supracitadas, Ribeiro (2007) discorre sobre como de um olhar que atravessa e que ignora um outro, o sujeito com sofrimento do tipo psicótico, quando se dá conta da nossa presença, passa a percebê-la como absoluta. É uma experiência a qual passamos de uma certa inexistência aos olhos deste sujeito a testemunhas de seu ser, em estado fusional com ele. Nessa relação intensa e confusa, o psicótico dispersa seus múltiplos fragmentos nos outros, ora habitando-os, ora dispersando-se, utilizando-se do mecanismo de excluir conteúdos próprios e projetá-los em outros. Dessa projeção de sentimentos e ansiedades no analista, por exemplo, dá a oportunidade de que este conheça o sujeito (ROSENFELD, 1988 *apud* RIBEIRO, 2007) e possa trabalhar a partir desses materiais em conjunto, uma vez que são intoleráveis de conviver com eles a sós.

Considerando os apontamentos levantados e baseando-nos em algumas concepções de Birman (2007), a questão ética que se impõe ao trabalho da psicanálise é: como criar um ambiente para que a experiência da loucura possa existir e se enunciar desde um sujeito?

Como possível resposta, a busca, ou então, a *criação* de um(ns) lugar(es) para a psicose possibilita a construção de bases para a inscrição desse sujeito no mundo. Nesse contexto, a contrapartida da errância psicótica é a de um analista-andante, que anda junto, que não só flutua a escuta, mas que acompanha o paciente³ em seu percurso, seu corpo, seus

³ Os termos utilizados foram retirados do livro da autora.

movimentos e suas palavras, sustentando um *setting* não físico e fornecendo a consistência da sua presença para o estabelecimento de um lugar (RIBEIRO, 2007). Em outras palavras, o trabalho de sustentar essas existências em sua radical singularidade dá condições para a transformação de projetos de tratamento em projetos de vida (BIRMAN, 2007). Em sendo a reforma psiquiátrica uma tentativa de dar uma resposta social diferente da asilar à questão da loucura, a busca de um lugar social (TENÓRIO, 2001) deve ser o eixo orientador do cuidado. A clínica peripatética, feita fora do espaço do consultório e em movimento (LANCETTI, 2006), é uma estratégia de cuidado que acompanha essa necessidade de se fazer um analista-andante e que, na concepção deste autor, por vezes, fornece uma continência ainda maior do que a de dentro de um consultório.

Uma maneira de refletir sobre o que orienta a instauração desse lugar é que, por mais desorganizado ou “ininteligível” que o discurso de um paciente⁴ pareça, este nem sempre foi tal como se apresenta. Entretanto, quem o paciente era e quem está sendo em dado momento é um saber do próprio paciente, mesmo que ele não consiga se expressar de um modo que seja facilmente compreensível por outros. É esse saber que se dá no encontro, vinculando o passado e o presente, que o trabalho terapêutico procura reconstruir. A reconstrução de uma história comum ao paciente e profissionais pode indicar o início de um desengajamento da predominância projetiva na psicose, mecanismo no qual o psicótico projeta conteúdos próprios no exterior (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993). As condições de encontro são particulares quando se trata da psicose, pois o embate com o social deflagra essencialmente o impasse do psicótico frente ao laço social (LOBOSQUE, 2001) que pode culminar em exclusão. Por este motivo, muitas vezes, o dispositivo individual pode ser insuficiente, tornando-se um espaço de pressão que, desvinculado da vida do paciente, só reforça seu isolamento. Modalidades diversas de *setting* podem ser postas em pauta de maneira a permitir ao paciente reencontrar o fio de sua existência (DIATKINE, QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993).

Sobre a transferência em psicanálise, Freud (1912/1974) a conceitua como “um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica – isto é, nas precondições para enamorar-se que estabelece, nas pulsões que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela” (p. 60), produzindo um “ clichê estereotípico” (p. 60), que é seguidamente reimpresso no percurso de vida de uma pessoa e é transformado em ato, em repetição, na relação com o analista (FREUD, 1915/2010). Neste texto, ele indica sua

⁴ Os termos utilizados foram retirados do livro dos autores.

centralidade em qualquer tratamento, sobretudo, o psicanalítico, constituindo-se simultaneamente como a maior resistência ao tratamento e a condição de seu sucesso. A peculiaridade do manejo da transferência em psicanálise vai na direção de que não se busca que o paciente recalque novamente as pulsões dela advindas, mas que seja feito um trabalho analítico a partir dela para seu atravessamento (FREUD, 1915/2010).

No que concerne à especificidade da transferência na psicose, conforme Oury e Salignon (1986), trata-se de uma “transferência dissociada” (OURY, 2003, p. 164), multirreferenciada, que se agarra a pequenas partes, por vezes, inesperadas, que vão desde a cor do cabelo ou a voz a espaços físicos. Cada um desses detalhes é indispensável para que se construa um mundo. A defesa de Oury e Salignon (1986) é do trabalho de uma criação de “lugares-suporte” ou lugares de sustentação de espaços transicionais – no sentido winnicottiano do termo.

O posto de “analista intérprete” no cuidado na psicose, por sua vez, é questionado, haja vista que se trata de uma desintegração do eu, em que a análise se atenta a estágios iniciais do desenvolvimento (JANUÁRIO; TAFURI, 2010). A interpretação verbal, nesses casos, pode gerar um efeito nocivo ao sujeito psicótico que, necessitando do analista como parte de si para que possa se integrar tem, por outra via, a intrusão de uma interpretação transferencial clássica que posiciona o analista como um outro não-eu. Em uma concepção winnicottiana, segundo as autoras, o foco é direcionado ao manejo clínico, que é relativo ao *setting* e à relação analítica. O objetivo é de estabelecer um *holding*⁵ adequado, em que o analista assuma uma função de sustentação das experiências do frequentador sem interrompê-las, criando um ambiente/*setting* que dê bases para o processo de integração do sujeito. Por esse motivo, o analista, assim como a “mãe suficientemente boa”, deve estar identificado com as necessidades do sujeito, não para suprir suas necessidades como uma mãe o faria, mas para fornecer-lhe um “ambiente suficientemente bom” (JANUÁRIO; TAFURI, 2010).

Winnicott (1954/1958) discute em seu trabalho sobre o convite em análise à regressão, que proporcione ao sujeito um *setting* de “maternagem” (p. 470). Em uma relação de confiança, o sujeito regride a uma das fases de dependência, podendo descongelar alguma situação de fracasso ambiental por meio da provisão de um ambiente especializado. O autor descreve que é um movimento que se inicia na regressão e que caminha rumo à independência.

⁵ *Holding* é entendido como a sustentação das experiências do paciente, sem que elas sejam interrompidas, de maneira a favorecer um ambiente no qual o sujeito possa passar da desintegração à integração (JANUÁRIO; TAFURI, 2010).

Nesse horizonte, o que está em questão é qualquer coisa que seja da ordem da transferência no cuidado com a psicose (OURY, 2003). Como nos recorda Lobosque (2001), na direção do cuidado o cerne é a transferência – o *setting* (no sentido físico) é secundário. São as trocas, os encontros da vida cotidiana com uma pessoa, um animal, uma coisa, um evento que devem ser respeitados, ou seja, os variados investimentos parciais que, por vezes, são ignorados neste cuidado (OURY, 2003). O que se pode criar na vida cotidiana é uma sorte de tecido social que forneça o sustento para que encontros sejam promovidos; encontros estes que se dão na condição não apenas de uma liberdade objetiva (de não estar preso, de andar, por exemplo), mas de alguma liberdade subjetiva, no sentido de que um verdadeiro encontro, transformador, faz-se por acaso, não é programado. O favorecimento desses encontros são, portanto, a tarefa que se estabelece (OURY, 2003).

Para Calligaris (2013), uma possibilidade de pensar um *setting* que seja condizente com essa estrutura é a partir de uma disponibilidade sem espera. Ao relatar sobre sua experiência clínica com a psicose, o autor discorre sobre essa concepção, explicando que “estar disponível” na qualidade de analista é aceitar o lugar em que o sujeito psicótico o coloca transferencialmente e “sem esperar” é no sentido de silenciar da melhor forma os imperativos superegoicos que advêm da exigência paterna, de modo que o polo paterno não se manifeste de forma horrorosa, pelo excesso.

Tendo exposto um panorama geral sobre a psicose e algumas particularidades de sua transferência, iniciaremos uma discussão sobre a clínica, em suas possibilidades.

Capítulo II

Entre o ideal e o real: um esboço das possibilidades clínicas

Neste capítulo, fornecemos um panorama geral sobre a constituição da clínica tradicional de consultório, debatendo acerca de seus limites e potencialidades a partir da clínica ampliada no campo da saúde mental. Em seguida, promovemos uma breve discussão da relação entre saúde mental e psicanálise para, finalmente, discutirmos algumas possibilidades clínicas que concernem o cuidado nas psicoses relativas à vida cotidiana e à convivência.

2.1 Tensionando a clínica

Qual loucura é a norma?

A partir de uma das ideias fundamentais do século XX, de Michel Foucault (1987) e Georges Canguilhem (1978), de que o sofrimento não tem gramática própria, ou seja, ele depende de como organizamos o que deve ser visto, ouvido e, mesmo, reconhecido como normal – em oposição ao patológico –, compreendemos como que os distintos modos de sofrer ocupam posições no interior de uma sociedade. O sofrimento psíquico, ao poder ser (ou não) legitimado, constitui-se como categoria política, em que os corpos e comportamentos são submetidos à normatização (SAFATLE, 2011).

É em um quadro liberal de normatização e disciplina dos corpos que a clínica psicológica se constituiu, como bem nos lembra Foucault (1987). No contexto neoliberal contemporâneo, assistimos a imperativos como “gestão da vida” tomarem forma de modo mais explícito, de maneira que o *setting* terapêutico tradicional se configura como espaço privilegiado de gestão do sofrimento. É um sistema que se retroalimenta em uma tríade – economia, psicologia e moral –, em que, para que haja a manutenção de certos modos de vida, é preciso uma psicologia implícita que a sustente, isto é, há que se ancorar em determinados parâmetros que permitam a distinção e o julgamento de comportamentos como racionais ou irracionais. Estes últimos configuram ações que prescindem a lógica da maximização de interesses e da minimização de custos pertencente à racionalidade econômica atual e acabam por constituir o sistema de patologias (SAFATLE; FRANCO; CASTRO; MANZI; AFSHAR, 2016). O Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM) compõe o panorama que Dunker (2012) chama de “hipertrofia da norma”, que é justamente essa busca da codificação das experiências descritivamente em categorias nosológicas que formam esse regime de exceção, permitindo a reafirmação constante da norma.

Nesse contexto, podemos dizer que há certa organização social neurótica⁶ e, portanto, este é o modo de sofrer reconhecido prioritariamente para tratamento em consultórios tradicionais. Isto se deve também em razão de que a clínica psicanalítica, por exemplo, constituiu-se como fundamentalmente um espaço privado destinado à neurose. Outras formas de sofrer, como é o caso da psicose, bem como outros modos de cuidar, no entanto, são relegados a segundo plano. É dessa lacuna que a reforma psiquiátrica parece se valer por meio do sistema público de saúde – o SUS – para levar a cabo o reconhecimento desse sofrimento que fica à margem.

Em contraponto com relação à clínica psicológica tradicional, os serviços substitutivos em saúde mental, como os CAPS, propõem outra forma de cuidado mais ampla, que entende o modelo a dois dos consultórios como uma entre tantas outras alternativas. De acordo com Tenório (2001), estes serviços se organizam para recolher a transferência na direção de uma relação individual com o frequentador e na direção coletiva, entendendo a “psicoterapia individual” como podendo ser realizada também fora de consultórios por se tratar de um “campo de trabalho na palavra” (p. 69). Assim sendo, além da possibilidade do atendimento individual, esses serviços oferecem oficinas, nas quais a convivência emerge como estratégia de cuidado e ao frequentador é tecido um Projeto Terapêutico Singular, do qual uma equipe é responsável e o frequentador é diretamente implicado em sua construção. Esse projeto tem como objetivo que a atenção e a conduta para com o frequentador sejam singulares, não homogeneizantes e, principalmente, que seja um projeto flexível, aberto a revisões, já que é só no *a posteriori* de uma intervenção ou conduta, pela resposta do frequentador, que “projetamos” o próximo passo e a direção do cuidado (TENÓRIO, 2001). Em última análise, todas as pessoas que trabalham no serviço – desde o segurança que recepciona quem chega até o psiquiatra – estão envolvidos no cuidado.

Neste cenário, como posto no subitem anterior, a transferência parece adquirir uma conotação de expansão, em que cada usuário estabelece “múltiplas” transferências: com a equipe, com os grupos das oficinas, com outros usuários, com profissionais e com o espaço do serviço. Tal modalidade transferencial parece ter desdobramentos; entre eles: (i) a inversão da transferência de um grupo analítico tradicional, em que o usuário é recebido e pensado por uma equipe (AB’SABER; ZAIDEN, 2019) proporciona um cuidado mais complexo e integrado; (ii) a transferência grupal permite a criação de uma rede de apoio para a vida do

⁶ Ao mesmo tempo em que há autores que trazem essa organização social neurótica, como Calligaris (2013), Ribeiro (2007) e Rolnik (1997), podemos pensar na organização social perversa que está bastante em voga na atualidade, apesar de ser uma estrutura que comumente não chega ao consultório.

usuário fora do CAPS; (iii) a possibilidade de circulação da transferência em fontes diversas favorece o acompanhamento da errância (CALLIGARIS, 2013) como manejo do cuidado na psicose; (iv) a perspectiva da (re)inserção social do usuário pode ser oportunizada pela transferência com o território onde o serviço se encontra que, em última instância, é uma transferência *para com* a comunidade em um movimento maior que exige uma mudança social (LOBOSQUE, 2001).

Se a psicose é entendida como a experiência do não-lugar por excelência, como indicado anteriormente neste trabalho, os CAPS, por sua vez, podem ser entendidos, em certa perspectiva, também como não-lugares, na medida em que, sendo um lugar de passagem – não de permanência –, eles são, paralelamente, um ponto de ligação entre a moradia, a família e o trabalho, que define um não-lugar, como apresenta Ribeiro (2007). Entretanto, em vez de dispensar o acesso a esses outros lugares, a busca é no sentido contrário, de fortalecê-lo. Sendo assim, essa noção paradoxal de que deste não-lugar do psicótico pode ser construída uma alternativa singular de lugar (RIBEIRO, 2007) parece ser a aposta desses serviços de saúde. De acordo com a mesma autora, no encontro com a fragmentação e a dissociação na psicose, a oferta do serviço acompanha o mesmo movimento ao fornecer fragmentadas possibilidades de ligação, tornando possível a construção de lugares por meio de múltiplas transferências.

A defesa de Oury e Salignon (1986) da criação de “lugares-suporte” ou lugares de sustentação de espaços transicionais – no sentido winnicottiano do termo – para o cuidado na psicose pode ser transposta à realidade dos CAPS, tendo como semelhança o entendimento desses serviços como lugares de passagem e, mais do que isso, como uma zona neutra na qual o real e a fantasia não são contestados (RESENDE, 1999), podendo então ser trabalhados. Nesses locais, entendemos que se torna possível a construção de lugares para a psicose, delineada por Ribeiro (2007), como um trabalho de costuras, uma bricolagem, que estreita nós em uma base que possa sustentar o desejo (OURY; SALIGNON, 1986).

Nesse aspecto, a clínica compreendida de forma tradicional parece ser tensionada em suas mais diversas facetas: seja em sua forma arquitetônica e nas possibilidades que ela comporta, seja em conceitos como o da “transferência” que parece adquirir uma conotação de expansão, na qual a “função cuidadora” (OURY, 2003, p. 162) é coletiva, sustentada por abordagens complementares. No que diz respeito à arquitetura dos CAPS, em sua maioria, são radicalmente distintas dos serviços de saúde tradicionais, tendo em seus ambientes – como copa, cozinha, mesas, salas, sofás – mais a ver com uma casa do que com um hospital ou um consultório. Além disso, não só as portas exteriores, mas as interiores são abertas, não

havendo razão de ser para espaços privativos ou exclusivos para equipes técnicas (LOBOSQUE, 2003). Essa organização permite, segundo esta mesma autora, uma circulação distinta, em que as interrupções são parte do trabalho: trata-se de admiti-las e de criar um limite necessariamente flexível a elas, de inventar uma ordem própria. Sendo assim, é uma arquitetura que parece ter desdobramentos materiais: é uma casa não só no espaço físico, mas em suas relações.

Já no que tange às formas transferenciais nesses serviços, desde o princípio, como, por exemplo, pelo estabelecimento de uma equipe de referência para um frequentador do serviço, a relação a dois parece ser constantemente extrapolada. Ao colocar em pauta a estrutura arquitetônica do serviço, o questionamento que surge é: quais as implicações de se transferir para com um lugar público, aberto, que se assemelhe a uma casa, mas que seja um lugar de passagem e, sobretudo, que seja *na* comunidade do frequentador? De acordo com Leal e Delgado (2007), o que permite que o CAPS sirva como meio de ressignificação das difíceis experiências de vida é a sua territorialização, ou seja, é “apostar que as atividades realizadas *dentro* do CAPS ganham sentido porque estão articuladas com a vida *fora* do CAPS” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 9, grifos da autora).

A noção de “clínica ampliada” (TENÓRIO, 2002) adotada no vocabulário da reforma psiquiátrica e, portanto, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), constitui-se como uma tentativa de resposta a esse tensionamento da clínica, denotando um paradigma no qual, ao saber tradicional clínico, são incorporados outros saberes, procedimentos e preocupações. O entendimento dos cuidados em saúde mental, para Tenório (2002), incita um entendimento distinto do que é a “doença mental”⁷ mesma, tratando-se não de uma mera questão de sintomas e sua remissão, mas que diz da existência do sujeito, englobando sua experiência como um todo, desde condições objetivas (como trabalho e moradia) à dimensão subjetiva (relações interpessoais e vivências, por exemplo).

Mais especificamente no tocante à concepção de clínica ampliada do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), alguns eixos fundamentais direcionam o cuidado: (i) uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença que evita o privilégio de um único saber, baseada na ideia de que as teorias são recortes parciais da realidade; (ii) a aposta na construção de diagnósticos, propostas de intervenção compartilhadas, em detrimento de uma abordagem pontual e individual, haja vista a complexidade clínica; (iii) a ampliação do objeto de trabalho, entendido como pessoas ou grupo de pessoas, indo na contramão da excessiva

⁷ Os termos utilizados foram retirados do texto do autor.

especialização de profissionais e buscando uma responsabilização da equipe pela atenção e cuidado; (iv) a transformação constante dos instrumentos de trabalho que permitam uma comunicação transversal na equipe e entre equipes para que a clínica seja compartilhada e; (v) o suporte para os profissionais de saúde, em uma perspectiva de “não neutralidade”, considerando o sofrimento de quem cuida e suas dificuldades.

No contexto da clínica ampliada, a função da equipe de referência (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010) tem um papel central, constituindo-se como um arranjo que um profissional ou um grupo multiprofissional se responsabiliza pelos encargos relativos ao acompanhamento do frequentador nas mais diversas instâncias da vida, como emocional, familiar, educacional, laboral e qualquer outra que envolva seu cotidiano. Ela facilita a construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares articulados às necessidades de cada sujeito e estabelece uma ponte entre profissionais, frequentadores do serviço e território de vida destes últimos. O sentido deste trabalho, segundo estas autoras, é, além de clínico, político, na medida em que os profissionais atuam na direção de favorecer a autonomia de quem está sendo acompanhado a partir de suas relações cotidianas e, com o foco em sua inserção territorial, visam a abrir espaços de trocas, diálogo e convívio com a diferença, em que negociações entre frequentador e cidade são constantes, contribuindo, assim, para a transformação desse espaço público. Uma ressalva que Miranda e Onocko-Campos (2010) pontuam é de que a equipe de referência não faz *pele* frequentador, mas adaptando-se ao ritmo e às suas necessidades.

A respeito do cuidado realizado por uma equipe de referência composta por profissionais de diversas áreas de atuação, algumas pontuações acerca dessa modalidade dissociada da transferência podem ser destacadas. No caso, para Diatkine, Quartier-Frings e Andreoli (1993), quando um paciente conta situações diferentes de sua vida ou se porta de forma distinta para cada profissional, oferecendo como que partes fragmentadas e, por vezes, contraditórias entre si, a polifonia causada na equipe é o que permite uma discussão à luz de múltiplos olhares, propiciando uma visão mais global do paciente. É trazendo à tona essas contradições tal como elas aparecem que um tratamento pode ser modificado se for a ocasião e, conseqüentemente, a equipe se responsabiliza no lugar de se esconder por detrás da instituição. O que contradiz, logo, não é entendido como manipulação ou enganação do paciente; é levado em conta na tentativa de articular partes fragmentadas para uma compreensão e cuidado mais adequados, “sob medida”.

Outro ponto importante, em consonância com os mesmos autores, é que a disponibilidade dos profissionais repousa na hipótese de que o discurso e o comportamento do

paciente têm sentido, por mais difícil que seja compreendê-lo de pronto. Em sendo uma conjectura árdua de sustentar por provocar um confronto constante com um aparente “sem sentido”, urge a necessidade de um trabalho contínuo com uma equipe que atravessa variados campos de atuação.

Uma dimensão, por vezes, negligenciada ou posta em segundo plano na clínica tradicional psicanalítica é a corporal, no sentido de que, por mais que se fale sobre o corpo, um trabalho a partir dele acaba não sendo o enfoque. Na clínica da psicose, entretanto, o trabalho desde o corpo, em certos casos, faz-se indispensável, dado que, como abordado no capítulo anterior, ele pode ser experimentado como fragmentado. Nos CAPS, por sua vez, o corpo é tomado como espaço privilegiado de atenção e, como Carvalho Júnior (2019) comenta em seu estudo acerca da capoeira no cuidado da psicose em um CAPS, é bastante comum nos serviços de saúde mental no Brasil, um trabalho com técnicas corporais.

Uma ótica interessante a respeito dos movimentos repetitivos que alguns frequentadores apresentam é a de Carvalho Júnior (2019) que, ao discorrer na direção oposta do entendimento dessas estereotípias como destrutivas ou sem sentido, compreende-as como uma possível forma de resistência e diferenciação. Na mesma linha, Calligaris (2013) relata o caso de um sujeito com uma estereotípia catatônica e que a explicou da seguinte maneira: “o tempo que eu fiquei dobrado, a cabeça contra o muro (tratava-se de anos), era porque se eu saísse do buraco, a sentinela teria me matado. (...)” (p. 88). O autor aborda que essa catatonia poderia dizer tanto de um esforço de contenção para que o sujeito sustentasse sua unidade, quanto de uma resistência física a tornar-se objeto do Outro.

Considerando que, mesmo após a reforma psiquiátrica, configuram-se fenômenos como a nova institucionalização (GOULART, 2017), em que relações manicomiais mais sutis do que outrora são mantidas de forma a perpetuar uma dependência do usuário com o serviço, a transferência dissociada emerge como potencial para um manejo de ligações que vão para além do espaço físico e pessoas do CAPS: para o território. É preciso pôr o dispositivo em causa: se esta é uma clínica que se presta aos processos de desinstitucionalização, é imprescindível a desinstitucionalização da clínica mesma (PALOMBINI, 2006). Faz-se assim, conforme a autora, uma prática que, territorializada, também atravessa os muros do serviço e vai para a cidade; é este – e não mais o asilo – o espaço em que a experiência da loucura reivindica ser acompanhada.

Sobre a relação da cidade com a loucura, se por um lado a primeira recusa a apropriação funcional de seus espaços, por outro lado, ela se oferece como campo de indeterminação, do imprevisto, da desconforto e de conflitos. É de um encontro em

movimento que se trata e que transforma ambos. A partir daí, torna-se imperativo o retorno à clínica e o questionamento de seus sentidos, em que o conflito é tomado como potência e não há cabimento para a pretensão de governo das almas (PALOMBINI, 2006); “(...) trata-se, enfim, de mediar a reconstrução de um convívio, aliás que é incompatível com rigidez, autoritarismo, apego ao poder, razão que não muda de lado” (LOBOSQUE, 2001, p. 97). Portanto, há que se reconhecer as limitações clínicas para que a própria clínica possa ser ampliada.

2.2 Breve discussão sobre saúde mental e psicanálise

Neste ponto do trabalho, perguntamo-nos: quais são os pontos de articulação e desarticulação entre saúde mental e psicanálise? O que se aprendeu e o que se pode aprender do encontro entre esses dois campos?

A experiência de Tenório (2001) na reforma de um ambulatório da rede pública de saúde traz muitas reflexões a respeito da presença da psicanálise e da mudança que ela trouxe para o modo de operar deste serviço. Ancorado na ideia de Freud de que o trabalho analítico se dá por meio de uma posição ética de atenção e respeito ao que é falado, às palavras do sujeito, a proposta de “desmedicalizar e subjetivar” (TENÓRIO, 2001, p. 98) transformou significativamente o serviço. “Desmedicalizar”, na concepção do autor, possui algumas implicações. O sintoma, primeiramente, não é um assunto apenas médico e que, por consequência, demandaria uma resposta direta de uma medicação, mas, ao se falar sobre ele e escutá-lo desde uma posição que não busca soluções imediatas, produzindo um hiato entre a queixa e a resposta, eis a condição em que o sujeito pode comparecer. Ao impedir que o sintoma se feche, o trabalho na direção de abri-lo é o que permite o “subjetivar”, ou seja, a transformação da queixa em uma demanda permite que o sujeito se implique em seu sintoma; noção primordial em Freud, que pode ser situada na questão que ele faz a Dora: qual a sua parte nisso que você se queixa? (FREUD, 1905/1996).

Diferentemente de um olhar que patologiza o sintoma, o sujeito é localizado por Freud no inconsciente, isto é, nos tropeços e, mesmo no delírio, uma vez que em suas *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia*, Freud (1911/2010) afirma que o delírio é uma tentativa de restabelecimento do sujeito que, como assevera Julien (1999), tem a função de responder a um enigma. O legado de que o delírio é uma reconstrução de um mundo que seja habitável pelo sujeito (TENÓRIO, 2001) relega a quem trabalha com saúde mental um modo específico de escuta, que reverte um paradigma de medicalização do sofrimento. O medicamento ganha outra função que não mais a de silenciar

o sujeito, mas a de auxiliar na devolução da palavra ao sujeito para que ele possa se pôr a falar sobre seu sintoma, sobre si.

Essa ética da psicanálise como via de comparecimento do sujeito se faz possível por um tipo de presença do analista que sustente uma disponibilidade confiável ao mesmo tempo que reservada (RIBEIRO, 2007). Enquanto, para Ribeiro (2007), abre-se espaço, tempo e suporte para que experiências do outro emergjam, mantém-se em ausência de si o tanto quanto possível por se tratar, de acordo com Resende (2015) de uma assimetria do cuidado, em que a parte mais importante é o outro que sofre e não se é exigido dele reciprocidade neste cuidado.

Na medida em que o sujeito reconhece sua parte em seu sintoma e se implica no processo de seu cuidado, uma questão pode ser endereçada ao clínico, sob transferência (TENÓRIO, 2001). Todavia, uma diferença significativa da clínica de consultório para um serviço de saúde mental é que, por vezes, a pessoa a quem a questão é dirigida em um primeiro momento de recepção no serviço, pode não ser a mesma que acompanhará o sujeito ao longo do processo de seu cuidado. Há um desafio de fazer circular essa transferência ou, como Tenório (2001) apresenta, de que o endereçamento se dê à instituição, ao tratamento ou a outro profissional.

O diagnóstico em um serviço de saúde mental, por sua vez, mais que nosográfico, deve ser um “diagnóstico de situação” (TENÓRIO, 2001, p. 99), em que se avalie a rede de apoio, a situação familiar e quaisquer outras variáveis envolvidas na vida do sujeito. Parece-nos que esse pode ser um ensinamento importante para a clínica realizada em consultórios, pois, muitas vezes, ao não mapear essa “situação” do analisante pela preocupação ser mais centrada no diagnóstico nosográfico, podemos perder espaços de atuação importantes envolvidos no cuidado do sujeito. Em se tratando da psicose no consultório particular, pela problemática ser em torno de um impasse frente ao laço social, faz-se essencial tal mapeamento para que o trabalho se dê no sentido da inserção social.

Sobre o impasse ora comentado e a dimensão do público na psicose, faremos algumas considerações. Baseando-se em Lacan, Philippe Julien (1999) afirma que “(...) se a loucura não é nenhum déficit, nem uma dissociação de funções, então ela tem muito a nos ensinar; ela lança luz sobre aquilo que está presente no dito normal e, desse modo, concerne a todos” (p.7). Para Julien (1999), ancorado em Lacan, se buscarmos um tratamento estrito da vida privada na psicose, fracassaremos. Desde a análise do texto sobre as memórias de Schreber, Freud (1911/2010) relata o papel da escrita de suas memórias e sua publicação – a necessária passagem ao domínio público – daquilo que seria a invenção de sua nova realidade após a crise, como tendo função organizadora nesse caso.

Além de Schreber, nos casos de James Joyce, que foi analisado por Lacan (1976/2007) e de Bispo do Rosário, essa dimensão explicitada, de se fazer reconhecido pelo público, também pareceu ser de tamanha importância na produção deles como sujeitos. Em Joyce, Julien (1999) aponta para o caráter de testemunho de uma mensagem que pudesse ser comunicada publicamente e Tenório (2001) acrescenta também sobre Joyce, discutindo suas obras como sendo criações artísticas para além do delírio que funcionam como organizadoras para o sujeito. Ainda, sobre Arthur Bispo do Rosário, Tenório (2001) aborda sua arte como sendo a forma que ele encontrou para se produzir como sujeito, na qual ele reproduzia coisas do mundo para apresentá-las a Deus. Podemos entender, neste último caso, que não bastava para ele sua criação guardada para si, de forma privada, mas sua necessidade de mostrá-las a Deus, de certo ângulo, foi uma passagem ao público.

O que está em pauta nesses acontecimentos se relaciona à dinâmica de reconhecimento, como aborda Almeida (2015), o se fazer reconhecer pelo Outro. No cuidado da psicose, Julien (1999) aponta que, antes de qualquer outra questão, a fronteira entre psíquico e social deve ser destruída por ser uma falsa dicotomia. No delírio, por exemplo, afirma este autor, o que entra em cena não é da ordem do privado, mas sim de uma busca de reconhecimento social. Como Almeida (2015) discorre, não é à toa que muitos delírios de sujeitos psicóticos vão na direção de realizar reivindicações em órgãos públicos. A tentativa de entrar em contato com alguma pessoa famosa ou mesmo de ser uma pessoa (re)conhecida por um grande público também são presentes em diversos delírios. O reconhecimento se refere à promoção do acesso ao laço social e é por essa função de laço social que os sintomas não devem ser extirpados de pronto em um tratamento, mas deve-se encontrar uma maneira de escutá-los (ALMEIDA, 2015).

Outro questionamento que o campo da saúde mental pode fazer à clínica são concernentes às diferentes maneiras de se expressar dos sujeitos. Nos CAPS, a função da existência de oficinas e grupos de atividades diversificados têm a ver com a promoção do acolhimento das distintas possibilidades expressivas e de vínculo (TENÓRIO, 2001). Na perspectiva de Ribeiro (2007), é uma clínica pautada, sobretudo, mais em experiências do que em palavras. De que maneiras, portanto, nos consultórios particulares, têm-se tido sensibilidade para acolher essas outras formas de se expressar e qual é o manejo possível para tanto, considerando as variadas limitações, como as de tempo e espaço?

Cabe discutir, nesse momento, o conceito de autonomia, por conter uma dimensão polissêmica, que se relaciona ao cuidado que pode ser ofertado tanto em um CAPS quanto no

consultório particular. Entre quatro vertentes⁸ de compreensão da questão da autonomia na reforma psiquiátrica brasileira, apresentadas por Leal (2001), convergimos com a autora que seja profícuo o entendimento deste conceito como a capacidade de geração contínua de normas para a vida, visando à ampliação de relações. Essa é uma ótica que parte da indissociação definitiva entre o âmbito individual e o social. A noção de independência como liberdade, amplamente relacionada à autonomia⁹ e à figura do indivíduo¹⁰ é posta em xeque e o que ganha espaço é a concepção que entende que ser autônomo tem a ver não com estar refém de determinações únicas e totalizantes, mas é, em certa dose, depender, ligar-se a variadas pessoas, coisas, instituições e lugares.

Essa proposição se relaciona com a concepção de normatividade vital, na qual, com base na leitura de Canguilhem (1978) e Safatle (2011), a saúde é considerada não como um silenciamento de órgãos ou a restituição de um estado anterior, mas a produção de normas na relação com o meio. Por oposição, a doença, em seu sentido amplo, é precisamente a fidelidade a uma única norma. Ao debater as dimensões da cura em psicanálise a partir de um viés crítico, Neves (2018) aponta na direção de que curar-se é realizar uma experiência que permita a produção de novas normatividades e, nesse sentido, o trabalho no CAPS de oportunizar essas fragmentadas possibilidades de ligação pode ser o ponto de partida para a produção de uma normatividade vital.

Resgatar essa dimensão da autonomia articulada à normatividade vital parece dizer de uma questão fundamental psicanalítica, a saber, a defesa de um sujeito que é dividido entre a adesão a uma sujeição (eu) e a revolta contra ela (isso) (SAFATLE, 2018), em que “o eu experimenta o inconsciente como alteridade” (TENÓRIO, 2001, p. 80). Tanto a neurose quanto a psicose expressam a incapacidade do isso de se adaptar às exigências da realidade, com a diferença de que, enquanto na neurose a rebelião contra a realidade é no sentido de

⁸ As outras vertentes discutidas pela autora são: a autonomia como livre arbítrio, independência, autossuficiência e autogoverno; autonomia como qualidade limitada devido à divisão interna do sujeito; e autonomia como independência e autossuficiência limitadas em razão de que o sujeito é sempre devedor de obrigações ao meio onde está inserido.

⁹ Segundo Renaut (1998), o termo “autonomia” que, para a Grécia Antiga, era a condição de uma cidade não submissa à dominação externa passa, na Modernidade, a se associar à liberdade individual, dizendo de uma não submissão de “si mesmo”, ou seja, de uma autodeterminação, em que o governo de si é dado por leis do próprio indivíduo.

¹⁰ A gênese do indivíduo (RENAUT, 1998) é marcada pela noção de liberdade como autonomia, em que o humano, ao não admitir a submissão a normas e leis externas (heteronomia), pretende fundá-las a partir de sua razão e vontade. No mundo moderno, o indivíduo é posto como valor central, entendido como um ser que independe de outros, logo, não social. Nessa linha, Safatle (2018) descreve a figura do indivíduo como portador de uma soma de predicados que o definem e dos quais é proprietário, cabendo a ele, portanto, defender a “si mesmo” - sua propriedade. O outro, por conseguinte, é sempre visto como um “invasor potencial”, que ameaça suas posses (SAFATLE, 2018, p.17). Ora, essa cultura individualista, de “atomização do social”, em termos tocquevillianos, vai na contramão de pensarmos a formação de vínculos, de possibilidades de ligação e de encontros verdadeiramente transformadores como forma de cuidado (OURY, 2003).

ignorá-la e tentar dela fugir, na psicose, o movimento é de repudiá-la e substituí-la (FREUD, 1924/2011). O sofrimento e o sintoma nesse caso são as marcas dessa sujeição e que, portanto, não podem ser completamente eliminados porque carregam uma verdade: revelam nossa insatisfação com as formas de vida possíveis dentro de um corpo social (SAFATLE, 2018).

Ainda a respeito do sintoma, é relevante ressaltar que, diferentemente da psiquiatria, a psicanálise o concebe, segundo Santos (2012), como uma tentativa de resolução do aparelho psíquico frente às exigências “internas” e “externas”, uma resposta precária, que traz sofrimento, mas que produz alívio no âmbito inconsciente e diz algo sobre o desejo do sujeito. Logo, ele é entendido como uma dimensão essencial a ser investigada, por exprimir um trabalho subjetivo, uma criação de soluções do sujeito frente à sua vida (DUNKER, 2011).

A experiência analítica desafia a absolutização do princípio da razão, da procura de razões para reconstituir um tecido homogêneo da realidade, no qual se tenha um apoio na solidez de uma vida tranquila (FIGUEIREDO, 1996). É em um descentramento de si que uma análise se funda ou, nas palavras de Elia (2004, p. 19), trabalha-se em busca de um “sujeito sem qualidades”. Nesse sentido, a liberdade não significa dar a si sua própria lei ou submeter o outro a si, mas reconhecer o outro que há em nós (SAFATLE, 2018) e, assim, parece haver um movimento dialético entre heteronomias e autonomias, em que a produção de novas normas pode ter expressão. Dominique Lecourt faz uma reflexão importante acerca de tal posição:

Nossa tarefa ética, hoje como ontem, não é organizar essas emoções e essas ideias de modo tal que as nossas capacidades de pensar e de agir, e, portanto, também de sentir e de nos emocionar, sejam acrescidas tanto por nós próprios como pelos outros? Com a condição, pelo menos, de nos lembrar sempre que nesse jogo muito sério, mas também muito estimulante, uma parte de “nós próprios” pertence aos outros – o que poderia constituir uma promessa de uma maior liberdade para todos nós (LECOURT, 2005, p. 105).

Acrescentamos o caráter de singularidade da autonomia, em que só o frequentador pode dizer o que é autonomia para ele. Desde ganhar o seu próprio dinheiro a deixar de necessitar de alguém acompanhando-o todos os dias para realizar suas atividades cotidianas, e entre as mais variadas alternativas; este é um saber do sujeito (TENÓRIO, 2001).

O entendimento da subjetividade, neste trabalho, é consoante com alguns preceitos que apresenta Palombini (2006): sendo constituída em relação a uma alteridade, ela não é transparente a si mesma, não se deixa capturar totalmente por um saber, pelo poder estatal ou da ciência e guarda uma dimensão de resistência inconsciente. É no encontro que ela se

transforma e, sobretudo, é no risco da entrega ao outro, da abertura ao desconhecido e ao inesperado, que a invenção pode surgir (PALOMBINI, 2006). Assim sendo, é nas múltiplas transferências que fazem laço, que dependem, mas que não apagam a subjetividade, que o cuidado pode se dar. Em oposição ao *status quo* da sociedade, em que o princípio da propriedade privada ofusca o princípio do direito à vida (LOBOSQUE, 2001), “nada mais antimanicomial do que a partilha” (KINOSHITA, 2001, p. 11), o trabalho coletivo.

2.3 A vida cotidiana e a convivência como possibilidades clínicas

Expor o simples, essa é a coisa mais complexa que existe.

(OURY; SALIGNON, 1986, p. 11, tradução nossa).

Sobre o cotidiano, “o único lugar possível de existência para todos nós” (LEAL; DELGADO, 2007, p. 6), Oury e Salignon (1986) destacam que “vida cotidiana” é muitas vezes esquecida, ou forcluída, da teoria e da organização dos cuidados. Estes autores apontam que não refletimos acerca do que eles chamam de “axiomas do cotidiano” – a forma como realizamos tarefas que são tidas como banais, como se levantar, comer, andar, dormir – porque, para os “normopatas”¹¹ (p.1), são atividades que funcionam por si mesmas, mas que na psicose há algo que está mais ou menos alterado nessas funções e, portanto, a importância de se perguntar sobre elas. É preciso, ainda, falar sobre o modo de ser em um espaço, a forma como determinado frequentador de um serviço de saúde mental, por exemplo, caminha, seus hábitos cotidianos de convívio. Estes autores usam de uma analogia com a pintura para transpor à realidade da psicoterapia institucional, apresentando que, assim como na pintura, em que não se trata de criar uma dualidade entre o motivo e o fundo como elementos separados, no cuidado, não se pode considerar o sujeito independentemente do “fundo”, isto é, vê-lo apenas meia hora por semana, ignorando sua existência cotidiana nos outros seis dias.

A experiência de acompanhantes terapêuticos (ATs) também vai nessa direção de reconhecer como que os diversos “modos de habitar” determinado espaço, levando-se em conta, desde a disposição de objetos e móveis, a momentos de refeições, ao lugar de dormir e à circulação nos espaços, trazem elementos importantes sobre a posição subjetiva de quem é acompanhado e, sendo assim, intervenções no ambiente que modifiquem a ordem espaço-temporal podem produzir mudanças no campo subjetivo (PALOMBINI, 2004). Seja na cidade, em um quarto, conforme a autora, ou, acrescentamos, em uma instituição de saúde

¹¹ Esse é um termo utilizado por Oury e Salignon (1986) para dizer o que “todos somos” (p.1), o que engloba elementos neuróticos e mesmo psicóticos.

mental, o trabalho terapêutico pode se dar quando não tomamos o cotidiano como banal ou repetitivo, sustentando uma postura de criação diante dele.

O que pode ser criado na vida cotidiana é como um tecido social, que tem por efeito favorecer as possibilidades de encontros. Um verdadeiro encontro, por sua vez, é um caminho que se faz ao acaso e que depois de cruzá-lo, não se é mais como antes, dá-se uma mudança estrutural por causa do encontro (OURY, 2009). É essa riqueza da vida cotidiana que deve ser respeitada: as trocas, os encontros com uma pessoa, um animal, uma coisa, um evento (OURY; SALIGNON, 1986). É reconhecer o que há de mais extraordinário em uma “banalidade”, pôr um “acento” nas supostas obviedades cotidianas assim como fazemos com uma palavra para diferenciá-la de outra; é um acento que muda tudo.

Se pensarmos pela própria ótica da transferência em sua vertente fundamental, mais do que uma repetição, ela se distingue desta por ancorar um fator de criação (OURY, 2009), em que novas edições de conflitos antigos coexistem (FREUD, 1912/1996). A parte decisiva do trabalho analítico, segundo este último autor, advém do prisma da novidade naquilo que pode ter a aparência de ser mais do mesmo. Se a transferência na psicose está ligada a uma dispersão de partes fragmentadas de si no cotidiano, o trabalho pela via que põe em causa o que aparenta corriqueiro possibilita uma maior sensibilidade às repetições e novidades que surgem no dia a dia.

Com relação ao encontro, a metáfora da paisagem oferece uma possibilidade de definição do que se está em questão quando há um encontro verdadeiro (OURY; SALIGNON, 1986). De acordo com os autores, encontrar alguém não é se confundir com, mas *se situar em uma mesma paisagem*. Em uma paisagem, nossa posição é variável, podemos jogar com a mobilidade, com o movimento das estruturas do horizonte e, por conseguinte, os horizontes serão variáveis de acordo com a posição que tomamos. Se ficamos de frente, estamos em uma perspectiva tradicionalmente científica, em termos lógico-positivistas, em que enxergamos “objetivamente” as coisas. Podemos medir o personagem que está em nossa frente, registrar o que ele diz ou filmá-lo, buscando torná-lo transparente. Nesse momento, em que “atravessamos” sua pele, não há mais nada: sua vida, sua existência, são marcadas em sua pele. Não é com essas atitudes “objetivas” que poderemos ter acesso à “originalidade do sujeito” (p. 9); se assim for, não veremos nada. O DSM faz parte dessa vontade de transparência. Gaupp (*apud* OURY; SALIGNON, 1986) afirmava que o que conta quando nos aproximamos de alguém, se queremos poder entender o que se passa com essa pessoa, não se trata de dissecá-la, mas de estar o mais próximo; e quando estamos o mais próximo possível, notamos que há algo de inultrapassável, de irreduzível a se respeitar: a

opacidade do outro – que, enfim, não é transparente (OURY; SALIGNON, 1986) –, a dimensão da alteridade.

É interessante pensar que a clínica, desde seu nascimento, foi marcada por uma experiência que ultrapassou a dimensão da fala e da escuta. A própria histeria fez a psicanálise se debruçar sobre o corpo por seu modo essencialmente corpóreo de manifestação de sintomas, o que Mota (2018) chama de “formas-sintoma” em uma articulação com a face estética da psicanálise. No atendimento de Anna O., pode-se dizer que “outras coisas aconteceram ao mesmo tempo em que a paciente falava e era escutada” (MOTA, 2018, p. 31), como a presença física da paciente e de Breuer, o tempo e espaço que, de forma ritmada produziam afastamentos e encontros entre os dois e a necessidade do toque de Anna O. em Breuer para reconhecê-lo antes de se pôr a falar; foi essa vivência de forma total que possibilitou a transformação de sintomas.

Nesse sentido, a vida cotidiana se entrelaça à experiência estética, atravessando a vida humana em suas mais diversas facetas, relacionando a sensorialidade do corpo ao espaço, objeto, cultura e a outros corpos. Fazem parte da estética do psiquismo o ritmo, símbolos imagéticos ou poéticos que possuam e permitam a criação de sentido para o sujeito (MOTA, 2018). Esta autora descreve uma cena na qual uma criança pinta um papel com giz de cera verde e se direciona para a analista dizendo que aquela cor era como o verde de seus olhos. Nessa comunicação que envolve uma qualidade estética visual, o que está em jogo é da ordem da transferência, em específico, de uma ligação com o olhar que era importante para essa criança.

Uma dimensão importante no trabalho com a psicose é o ritmo. Essa dimensão é bastante discutida por Oury e Salignon (1986), como sendo da ordem de algo que “coloca em forma”, que “dá forma”; é o que faz com que se tenha forma, mas uma forma com uma determinada lógica, que é inseparável do movimento. Na prática do acompanhante terapêutico, Palombini (2004) disserta sobre a necessidade do acompanhante estar disponível no momento e ritmo de quem está sendo acompanhado para se fazer continente dos elementos que surgem como traços do sujeito. Ao pensar o sujeito em sua “heterogeneidade rítmica” (PALOMBINI, 2004, p. 39), a própria concepção de tempo passa a ser ordem da diferença e da multiplicidade. A compreensão de Oury e Salignon (1986) vai no mesmo sentido, de que ritmo não é uma cadência, como por vezes, é confundido, pois a cadência é praticamente institucional; o ritmo é singular. O resgate dessa singularidade rítmica é o que permite que o sujeito psicótico, em sua insubordinação à velocidade da cidade, possa se manifestar em sua densidade e ser acompanhado em seu próprio ritmo (PALOMBINI, 2004).

A presença, por sua vez, no debate de Oury e Salignon (1986), a partir de Heidegger, em sua qualidade é o que permite que qualquer coisa emergja e que, segundo Carvalho Júnior (2019), o que possibilita a modificação da ambiência. Pensamos que, ao acompanhar o ritmo do outro, pode haver uma certa abertura que permita o surgimento de outros ritmos, mais ainda, a partir da discussão sobre normatividade vital do capítulo anterior, outras normatividades vitais rítmicas.

Ao trazer questionamentos a partir de Foucault à clínica, Palombini (2004) discorre sobre a figura do acompanhante terapêutico como aquele que realiza uma “clínica em ato” (p. 78), tomando a cidade como seu *setting*, em uma clínica que não só a palavra, mas o corpo, os gestos e as atitudes são acompanhados. Para tanto, ela indica a necessidade de se recorrer, em variados momentos, a suportes materiais, a objetos que sirvam como elemento continente a este trabalho, visto que a concretude do corpo e de objetos fazem parte da clínica das psicoses.

É um trabalho de invenção que a prática de acompanhante terapêutico exige. Nas palavras de Berger (1997, p. 79), “inventamos, a cada acompanhamento com cada cliente, as estratégias que serão necessárias para abrir espaços para a vida acontecer”. O favorecimento de pequenos acontecimentos que fornecem bases para a emergência dessas subjetividades é o que está em pauta.

Ao apontar para a semelhança do trabalho de um acompanhante terapêutico e a situação de um analista em um CAPS, Ribeiro (2007) afirma que o lugar do analista é o da criação de ambiente e de condições para que o outro aconteça, para a existência do outro. No desconhecimento do que emergirá, o analista faz um trabalho de acompanhar e sustentar com seu corpo e presença, estando disponível para estar junto e com abertura para viver experiências que coloquem o sujeito em movimento.

Uma posição semelhante a respeito do trabalho em saúde mental é a de Tenório (2001):

Do ponto de vista clínico, penso que nosso esforço de formulação deve procurar balizar a tarefa clínica por excelência: acompanhar o sujeito. A meu ver, em sua simplicidade e, sobretudo, em sua abstinência, essa é a melhor tradução de nossa clínica. Justamente por essa simplicidade e abstinência, indica uma posição muito difícil de assumir e uma tarefa extremamente sofisticada (p. 66).

Em seu trabalho, Resende e Costa (2017) contam, a partir de algumas experiências brasileiras, sobre a convivência em dispositivos de saúde mental, caracterizando o acompanhamento terapêutico (AT) e os Centros de Convivência como dispositivos que mais

evidentemente utilizam a convivência como estratégia clínica e política, respectivamente. Eles diferenciam a convivência do AT por sua dimensão coletiva de atuação.

Para falar de desinstitucionalização, Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) focalizam que é a produção de vida, de sentido e de sociabilidade, além do uso de espaços coletivos de convivência dispersa que estão em seu centro, e não a cura. Nesse mesmo sentido, Resende e Costa (2017) salientam que, pela convivência, faz-se um esforço consciente e cotidiano de não institucionalização, tomada como “antídoto para o sofrimento intenso e a solidão” (RESENDE; COSTA, 2017, p. 117).

A proposta destes autores é de que a convivência não seja apenas institucionalizada em um grupo, mas que consista em uma disponibilidade nos “entre”: entre atividades, entre espaços, entre horários. Sendo assim, ela pode acontecer também como atividade no pátio e na recepção, nas salas e em espaços de espera, no início e no fim das atividades, em intervalos, lanches e em momentos de espera. Em certo sentido, a convivência desorganiza um pouco tudo o que é agendado por “exigir uma disposição para lidar com o inusitado e suportar o imprevisível” (RESENDE; COSTA, 2017, p. 192).

Desta forma, a aposta do que é ofertado neste serviço substitutivo de saúde mental é a de que a convivência é uma estratégia de cuidado (RESENDE, 2015) articulado ao cotidiano dos usuários do CAPS. A respeito da convivência, três são as disponibilidades que a caracterizam, conforme a autora: estar com, fazer junto e deixar ser. A primeira se refere a estar lá, disponível para acolher o que vem do outro em sua radical alteridade, acompanhando o processo deste outro sem julgamentos ou interpretações. Já a segunda emerge como modo de interlocução na convivência, em que se não se faz sem, no lugar de ou pelo sujeito (DELION, 1984 *apud* RESENDE, 2015), mas junto com ele. A terceira, por sua vez, relaciona-se a uma ação negativa, na qual o cuidador não impede que algo aconteça e seja, dando abertura para que o espaço e tempo do outro (FIGUEIREDO, 2007 *apud* RESENDE, 2015).

Sobre o eixo orientador do cuidado, o qual nos orienta eticamente, retomamos Rolnik (1997):

A ética da prática analítica implica um compromisso com os movimentos que a vida faz na tentativa de encontrar vias de afirmação criadora, o que é incompatível com uma adesão não problematizada a qualquer teoria, técnica ou instituição. (...) nessa aventura não há garantia de verdade (...), pois a prática analítica implica uma apreensão do problema singular que se coloca em cada contexto no qual se é chamado a intervir, correndo-se sempre o risco de fracassar. Isto torna esta prática uma arte da invenção e da experimentação (...) (p. 94).

Capítulo III

Metodologia

A psicanálise é, conforme Freud (1923/1996): um procedimento para a investigação de processos inconscientes; um método de tratamento; e um conjunto de informações psicológicas obtidas por essas duas linhas. Além de enfatizar a simultaneidade e indissociabilidade dessas três definições, Figueiredo e Minerbo (2006) propõem que a respeito do que concerne à vertente mais voltada à pesquisa, a psicanálise é “um conjunto de conhecimentos em contínua expansão e reformulação constantes sobre seu objeto” (p. 257). Destas acepções intrinsecamente articuladas, compreendemos, como afirma Iribarry (2003), que em uma investigação psicanalítica, não cabe a replicação da teoria com vistas à sua validação empírica, mas sim uma problematização de um aspecto do campo psicanalítico, em que se forneça uma contribuição não limitada à confirmação da teoria, isto é, uma pesquisa com o método psicanalítico (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006) tem a capacidade de trazer novidades à psicanálise. Não é a pretensão de demonstrar a fecundidade de teses já conhecidas que está em jogo, mas sim o *modo de pensar* freudiano, que se trata de um trabalho de invenção e de criação feito sobre o objeto, que nega o dado imediato (MEZAN, 1995).

Ainda, acrescida ao fato de haver necessariamente uma íntima relação entre as três dimensões psicanalíticas anteriormente explicitadas, a implicação do pesquisador em uma posição de escuta e de causa para o sujeito (Elia, 2000) permite a compreensão de que toda a pesquisa em psicanálise é clínica. E, como tal, toda pesquisa com o método psicanalítico tem bases epistêmicas e, logo, metodológicas norteadas pela “ética da psicanálise” (POLI, 2005, p. 43 *apud* ROSA; DOMINGUES, 2010).

Vale pontuar a maneira própria em que a relação de sujeito e objeto é concebida por essa maneira de pesquisar. O objeto de pesquisa, no lugar de ser dado, é produzido na investigação, da qual o desejo do pesquisador faz parte. Nesse processo, há uma “entrega do ‘pesquisador’ ao ‘objeto’, o deixar-se fazer por ele e, em contrapartida, construí-lo à medida que avançam suas elaborações e descobertas” (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 260). É essa dinâmica que, segundo estes autores, faz com que a pesquisa se torne uma relação que transforma ambos os termos. Sobre este aspecto,

interpretar significa olhar para o fenômeno investigado fora de seu campo habitual. O olhar do psicanalista é um olhar fora da rotina, que desopacifica o objeto. Ele ressurgue diferente, desconstruído, transformado. O sujeito também se transforma na medida em que se torna capaz de ver coisas que não via antes (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006, p. 260).

O método de análise adotado por esta pesquisa baseou-se em uma abordagem qualitativa (DEMO, 2006) e, portanto, deu-se por meio da articulação de reflexões com a literatura, sobretudo em psicanálise, tendo como fundamento a minha vivência como estagiária em oficinas terapêuticas em um CAPS, em momentos informais com usuários e por entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde mental. Sendo assim, após cada atividade ou momento informal com os participantes do serviço, utilizei do diário de campo como um instrumento para registro cuidadoso e detalhado de informações e reflexões. O diário de campo é uma ferramenta que, para além de ser um repositório de informações, pode conter reflexões cotidianas que, posteriormente, relidas teoricamente, orientam avanços tanto no âmbito prático quanto teórico (LIMA; MIOTO; DAL PRÁ, 2007). As autoras enfatizam que o documento produzido, por meio de releituras críticas, possibilita uma reflexão da ação, permitindo que limites e desafios sejam revistos. O diário, portanto, estando em constante construção, é fonte inesgotável de sínteses provisórias e reflexivas (LIMA; MIOTO; DAL PRÁ, 2007). Nesta pesquisa, foram feitos 58 registros, durante o período que compreendeu de março a dezembro de 2019, sobre a forma do cuidado com a psicose no serviço de saúde mental e seus impactos para repensar a clínica a partir de conceitos psicanalíticos.

Foram realizadas quatro entrevistas semiestruturadas com psicólogos que trabalham em serviços de saúde mental em ambientes da escolha deles para compreender a perspectiva destes profissionais de saúde com relação à forma de cuidado proposta pelo CAPS em seus variados desdobramentos. Essa estratégia metodológica permite que o entrevistado discorra sobre suas experiências desde perguntas norteadoras propostas pela entrevistadora, deixando um espaço aberto para momentos de conversa livres e espontâneos (LIMA; ALMEIDA; LIMA, 1999). Com vistas a assegurar participação voluntária e consentida na pesquisa, foi apresentado, em um primeiro momento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹² – o qual explica o objetivo do estudo e trouxe informações pertinentes relativas aos participantes – que foram devidamente lidos e assinados.

A análise das informações qualitativas foi orientada pela escuta e transferência da pesquisadora com o texto (ROSA; DOMINGUES, 2010) – que, no caso, foram os diários de campo tecidos a partir da experiência de imersão em um serviço de saúde mental e o material transcrito das entrevistas semiestruturadas com os profissionais da saúde – e feita conforme a hermenêutica de profundidade proposta por Thompson (1995) e reinterpretada por Demo

¹² Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com seu respectivo TCLE. O número de aprovação do projeto fornecido pelo CEP é 3.479.177.

(2006). São três os patamares de análise fornecidos nesse método: (i) análise sócio-histórica; (ii) análise formal ou discursiva; e (iii) interpretação/reinterpretação.

A primeira delas tem como objetivo “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (DEMO, 2006, p. 38), ou seja, de fenômenos sociais como construções significativas (ações e falas, por exemplo) que podem ser compreendidas e interpretadas (THOMPSON, 1995 *apud* DEMO, 2006). Neste trabalho, foi realizada uma análise sócio-histórica acerca da saúde mental do DF e do contexto do CAPS, ambiente no qual se deu a minha imersão como pesquisadora. O segundo eixo de análise, por sua vez, diz respeito à investigação da gramática estrutural que orienta a dinâmica dos objetos e expressões obtidos. Esta etapa foi constituída pela análise formal dos diários de campo oriundos da imersão no serviço e de entrevistas com profissionais psicólogos de serviços de saúde mental. Para tal, fizemos uso da teoria psicanalítica. Já a última etapa de análise, consiste em um trabalho de síntese a partir da integração das duas análises anteriores, visando a uma nova construção. A ideia deste momento é que pudesse haver uma produção criativa da pesquisadora que incitasse novos significados.

Capítulo IV

Análise das informações qualitativas

Nesta seção, construímos a análise das informações qualitativas por meio da hermenêutica de profundidade, descrita no capítulo anterior. Deste modo, este capítulo é composto por três subitens, sendo eles: a análise sócio-histórica, análise formal e interpretação/reinterpretação. A análise formal foi ainda subdividida em cinco categorias elegidas com base na leitura dos diários de campo, em conjunção com as entrevistas com os profissionais.

4.1 Análise sócio-histórica

Pelo fato de a pesquisa empreendida neste trabalho e as informações construídas a partir dela não se situarem em um vácuo (RESENDE; COSTA, 2017) ou em um campo neutro, é tarefa necessária contextualizarmos sócio-historicamente tanto a saúde mental no DF, quanto o serviço de saúde mental da minha inserção como estagiária. Resende e Costa (2017) defendem que essa contextualização permite a produção de reflexões mais articuladas à realidade local e implicadas com a mudança social.

Primeiramente, é importante destacar o processo atual mais abrupto de tentativa da desconstrução da política de saúde mental em nível nacional, tendo como símbolo a Nota Técnica de número 11/2019, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), que discorre sobre “esclarecimentos sobre as mudanças na política de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas” (p. 1). Entre outras questões, este documento dá indicações para o aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, além de possibilitar que o Ministério da Saúde financie a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia – aspectos que vão radicalmente na contramão das diretrizes preconizadas pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001).

No que se refere à cobertura nacional de serviços substitutivos de saúde mental, dados divulgados do último relatório “Saúde Mental em Dados”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) apontam que o indicador nacional de cobertura é de 0,86 que, de acordo com os parâmetros estabelecidos (acima de 0,70) é uma cobertura muito boa, significando que os CAPS estão assistindo à população. Já com relação à cobertura local, o indicador do DF é o terceiro menor, de 0,46, apresentando cobertura regular/baixa e estando apenas à frente das regiões do Acre e do Amazonas. O indicador mais elevado é o de Paraíba, com 1,57, havendo, portanto, uma grande discrepância comparativamente com o DF. A quantidade de CAPS apresentada neste relatório na região do DF é de 12, porém houve mudanças não divulgadas

em relatório mais atualizado. Nos dias de hoje, há 18 CAPS, entre eles: quatro CAPSi, um CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPS AD II, três CAPS AD III (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2018). De acordo com o Relatório de Atividades – 2017 (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2017), para uma cobertura adequada, que assistisse de fato à população, deveria haver quase o dobro dos CAPS existentes no DF.

Os dados ora expostos refletem a fragilidade da cobertura dos CAPS na região pesquisada e servem para compreendermos a dificuldade na implementação de diretrizes da reforma psiquiátrica, como a desinstitucionalização. A regular/baixa cobertura desta região, juntamente com a falta de atendimentos especializados nas unidades de saúde, compõem a realidade político-institucional do DF e acabam por intensificar o processo de institucionalização, uma vez que os serviços, muitas vezes, não são no território da pessoa que será atendida (GOULART, 2013).

Um fenômeno explorado por Goulart (2017) e que faz parte deste cenário é o que ele chama de “nova institucionalização” (p. 5) em serviços substitutivos de saúde mental, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e que vai de encontro ao princípio que norteia a reforma psiquiátrica: a superação dos manicômios, sejam eles físicos ou simbólicos (LOBOSQUE, 2001). Sendo assim, a nova institucionalização consiste na cristalização de relações objetificantes e cronificantes, de forma a cultivar o modelo manicomial em serviços que formalmente se voltam para sua superação (GOULART, 2017). A nova institucionalização refere-se à manutenção de processos sutis de violência simbólica nos centros de saúde. Se antes a violência nos hospitais psiquiátricos era explícita em seus termos repressivos, nos quais os ditos doentes mentais eram presos em manicômios, atualmente ela se expressa em forma de uma “prisão” química e simbólica (GOULART, 2017).

Alguns desafios para a implementação da política de saúde mental embasada na reforma psiquiátrica no DF são descritos no trabalho de Zgiet (2010). A autora traz um panorama geral da de implementação dos serviços na capital, apontando para vários dos obstáculos macro e micro conjunturais desse processo e demonstra como que aparentemente existe uma gestão organizada, porém há um nível excessivo de burocracia para a mobilização de recursos que efetivem as políticas, bem como elementos de corrupção e com foco na obtenção de votos para o período eleitoral. Este é o cenário, marcado por avanços e retrocessos e, definitivamente, inúmeras dificuldades, desafios e potencialidades, no qual esta pesquisa foi realizada.

O contexto a partir do qual as análises das entrevistas com os profissionais e as reflexões sobre a experiência como estagiária se deram foi um CAPS II que, atualmente,

possui 367 frequentadores, atendendo a onze regiões do DF – quando deveria atender somente a duas –, devido ao fato de não haver outros serviços de atenção à população dessas outras regiões. A equipe é formada por: quatro psicóloga(o)s, três enfermeira(o)s, duas assistentes sociais, um psiquiatra, um gestor, seis técnicas de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e uma responsável administrativa, e há uma vez por semana uma reunião que conta com todos os profissionais. Há também residentes, estagiários e extensionistas que fazem parte do serviço rotativamente. Os trabalhos realizados são, além de atendimentos individuais com cada uma das especialidades, oficinas de capoeira, do corpo, de poesia, de teatro e cinema, de arte e expressão, de crochê, de culinária, de artesanato, de música, de bordado, atividades de caminhada, de horta, de futebol, grupos de mulheres e de homens, entre outros.

4.2 Análise formal

Nesta fase de análise, utilizamos a psicanálise como referencial norteador para nosso olhar e leitura de trechos das entrevistas com os profissionais do serviço e para nossas reflexões a partir dos diários de campo.

Ao utilizar a psicanálise como referencial de nossas análises, baseamo-nos em alguns fundamentos relevantes de serem destacados neste momento. A leitura feita das transcrições das entrevistas, bem como a confecção e a releitura do diário de campo teve como orientação não um deciframento do texto, mas uma negação deste mesmo texto para que, sobre ele, pudesse ser feito um trabalho de construção que, sobretudo, pudesse incitar novas significações (MEZAN, 1995). Ao partir desse norte, as próprias entrevistas, apesar de terem tido como eixo direcionador algumas perguntas, a cada entrevista, com cada participante, outras perguntas foram sendo feitas, questões já elaboradas foram refeitas e pontuações também foram colocadas no sentido de movimentar a própria entrevista para os mais diversos sentidos, o que tornou bastante singular os diferentes momentos. Apesar de ter havido certa expectativa sobre o que poderia ser escutado destes profissionais, a surpresa foi um elemento presente que possibilitou um pensar não organizado de forma cadente, mas com seu ritmo próprio, possuindo uma lógica particular articulada ao momento e ao movimento de cada entrevista.

Salientamos que utilizamos nomes fictícios para cada um dos entrevistados e frequentadores mencionados ao longo da análise. Além disso, em alguns subtópicos, mesclamos análises dos trechos dos entrevistados com reflexões acerca dos diários de campo e, em outros, primeiro fizemos a análise dos trechos para depois trazeremos reflexões dos diários de campo.

4.2.1 A transferência

A especificidade da transferência na psicose foi um aspecto abordado pelos quatro participantes da entrevista. Cada um trouxe, a seu modo, uma perspectiva dessa modalidade transferencial, com pontos que convergiram em vários elementos, mas que também se complementaram.

Em primeiro lugar, apareceram elementos da multirreferencialidade da transferência psicótica na fala de todos os profissionais. Imediatamente após a menção das peculiaridades que vão no sentido da fragmentação da transferência, os profissionais articularam de que maneiras o serviço oferta um cuidado que vai ao encontro dessa particularidade e que perpassa a equipe, o território, a instituição e a função de referência. Ilustramos estes olhares a partir de trechos das entrevistas.

Tábata: o que é um paciente psicótico? É essa pessoa que fica flinando na vida dela, que não tem pontos de amarração (...). Então eu acho que esse cuidado que a gente oferece, oferece vários pontos de amarração. Amarração com o pessoal da UBS, amarração com o território, amarração dentro do próprio CAPS, não tem (apenas) uma pessoa que é a referência, tem uma pessoa que é a referência, mas tem outro, tem outro (...). Então permite essa circulação da psicose (...). E (a transferência) é fragmentada, então com você é um tipo de transferência, (...) com outro é outra coisa e não tem uma relação assim tão fiel, vamos dizer assim, como com o neurótico. Então isso eu acho que dentro de um CAPS é maravilhoso porque a pessoa tem essa oportunidade de se relacionar, de fazer essas transferências múltiplas e fragmentadas com muita gente.

Rafael: (...) essa questão da transferência multirreferencial, (...) que é mais difusa e eu acho que na prática a gente vê muito isso, pessoas que mesmo fazendo atendimento individual, faz um vínculo com uma pessoa no quiosque ali fora que, querendo ou não faz parte aqui do CAPS e faz vínculo com um cliente da ecolavagem, faz vínculo com o pessoal da faxina e aí vai, tem toda a transferência com a instituição, com as pessoas que, nessa questão desses investimentos mais difusos, transferenciais dessas pessoas, pra elas funciona muito bem.

Dante: se a gente em equipe trabalha essa transferência coletiva, a gente pode ocupar os vários lugares que ela precisa, que é até o trabalho do Winnicott, que é essa ideia das necessidades, não só da interpretação e do corte, mas que eu não preciso ocupar todos esses lugares. Nesse momento eu ocupo só o lugar de receber ódio, de receber porrada, e você recebe amor, aí a gente trabalha junto.

Clara: (...) (a transferência) que no CAPS você pode dividir com outros profissionais e com a própria instituição. Então você fica mais apoiado nesse sentido porque se a pessoa tá em crise, se a pessoa tá em risco de suicídio, você não fica manejando aquilo sozinho, você pode passar pra equipe, você pode pedir pra outra pessoa ir fazer uma intervenção.

A necessidade de uma circulação na psicose, destacada por Tábata, associa-se à errância psicótica (CALLIGARIS, 2013), trabalhada nos primeiros capítulos e os vínculos dissociados que os sujeitos psicóticos fazem com as mais diferentes pessoas do serviço e com

o próprio território, como é o caso levantado por Rafael, em que há uma transferência com clientes da ecolavagem que podem morar pela região ou com o quiosque, que favorecem a interlocução muitas vezes prejudicada e certa inserção social. O trabalho em equipe, como indicado por Dante, orientado pelas necessidades do sujeito (DIAS, 2008) possibilita tanto que cada membro receba uma parte dessa transferência e possa trabalhar a partir desse fragmento, quanto uma atuação conjunta. Aparece como um ponto relevante a possibilidade do profissional lidar com seus limites na transferência com um frequentador do serviço, pois, como Clara relata, pode-se lidar com uma situação mais grave de maneira mais compartilhada.

Um outro aspecto que podemos analisar da transferência fragmentada ou multirreferencial, exposta pelos profissionais é esse fator que Tábata demonstra como uma transferência que, parafraseando-a “com um é de um tipo e com outro já é outra coisa”. Compreendemos que a reconexão dos fragmentos que são dispersados com cada profissional do serviço pode promover o resgate de uma história de vida que também está desagregada, como referem Diatkine, Quartier-Frings e Andreoli (1993). Na condição em que a função de referência de um CAPS (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010) é estabelecida por uma equipe multiprofissional, essa transferência para cada um dos membros da equipe possibilita o resgate da história fragmentada do sujeito, a ocupação dos diferentes lugares que o sujeito precisa, como delineado na fala de Dante e a divisão com outros profissionais a responsabilidade do cuidado, mencionada por Clara.

Outro enfoque dado por alguns dos profissionais a respeito da transferência na psicose foi com relação ao âmbito de sua intensidade, como podemos perceber nos seguintes trechos.

Tábata: Olha, é diferente da transferência com um neurótico porque ela é mais, digamos assim, invasiva, não é essa a palavra, mas ela é mais intensa. (...) Então é uma transferência um pouco diferente, é mais maciça, é mais concreta.

Dante: (...) porque a transferência que ele tinha comigo era muito intensa e ele ficou pouco tempo, mas um dia eu era o impostor, outro dia eu queria ficar com ele, no outro dia ele confiava em mim, era muito intenso. Por outro lado, eu percebi assim, que essa transferência não cabia naquele consultório.

Clara: Eu acho que é um modelo que desafia a gente nesse campo, da transferência e da contratransferência porque é diferente, por exemplo, de um consultório, que é um ambiente muito mais protegido. Você tem um momento específico, circunscrito no tempo e no espaço para estar com aquela pessoa que você atende e isso protege também você como pessoa e tudo e no CAPS é muito mais a céu aberto as coisas, né, a gente se mostra muito mais, o *self* do profissional está mais exposto, o que gera potências, mas também desafios. Da gente continuar apesar desse contexto mais aberto, continuar lembrando qual é o nosso lugar e tendo clareza disso nos manejos clínicos.

Neste elemento da intensidade transferencial na psicose, em que os profissionais apontaram como havendo um grau mais elevado como, nas palavras de Tábata, parece se tratar de uma transferência “mais intensa”, “mais maciça”, “mais concreta”. Nestes relatos, surgiram ideias que tensionaram, em algum sentido, o trabalho com a psicose no consultório, como indica Dante, justamente por essa ligação com uma intensidade maior. Entretanto, Clara sugere que existem desafios e potencialidades neste trabalho, independentemente se ele é feito no consultório ou em um CAPS. Um quesito proposto tanto por Tábata quanto por Clara e que estão ligados a algumas distinções entre esses dois tipos de trabalho é de que, no consultório, aprofunda-se mais o vínculo, enquanto no CAPS, existe uma amplitude maior transferencial.

Os profissionais trouxeram outros temas que não foram discutidos nos capítulos anteriores deste trabalho, mas que são de grande pertinência no que tange à transferência na psicose e seu manejo. Demonstramos estes outros ângulos por meio de alguns excertos indicativos dessas dimensões, seguidos de comentários a respeito de cada uma delas.

Rafael: Mas tem algumas pessoas que têm questão mais psicótica, que ficam mais em isolamento, que não conseguem sair de casa, que têm uma coisa (...) mais grave (...). A gente tava até discutindo um caso hoje que tem que ir lá fazer a medicação do paciente que ele não sai do quarto já tem anos que ele tá assim e nada muda. São pacientes que já têm um prejuízo muito maior e acaba que o serviço assim funciona porque uma pessoa vai, quando um não pode o outro vai. Claro que são situações que não dá pra ficar no cuidado de só uma pessoa, é puxado tanto emocionalmente como essa questão de organização de idas lá. Então são perfis diferentes também. A gente fala de psicose assim, mas psicose é um campo muito amplo e a relação dessas pessoas com o serviço é muito diferente uma da outra.

Nesta fala, Rafael resgata a dimensão da singularidade tanto na psicose, em termos gerais, quanto na relação que cada sujeito tem com o serviço. Deste modo, ao mesmo tempo em que existem pessoas que frequentam grupos e como que “dividem” a transferência com a diversidade de profissionais, de lugares e de coisas, outros, por sua própria experiência, demandam um cuidado fora do CAPS, como em sua casa, ou com um profissional por vez, por exemplo. A condição de cuidar de acordo com a necessidade do sujeito e não a partir de uma técnica dada de antemão (DIAS, 2008), adaptando-se como analista a cada situação (BRAGA, 2012) é o que parece entrar em cena no caso exemplificado. Ir à casa do frequentador, nesse sentido, pode significar ir, até mesmo de forma literal, onde o sujeito está.

Nessa perspectiva de outras óticas abordadas, introduzimos outra passagem.

Dante: Eu na verdade tenho um gosto pessoal pela transferência psicótica, (...) pra mim a adolescência e a psicose têm isso em comum. O paciente não vai ficar horas

apaixonado por você ou te odiando, pensando em como falar, e talvez saia da análise sem nunca ter falado, e você vai ficar naquele trabalho de reminiscência de talvez achar um ato falho pra apontar pra ele que ele tá te odiando. O adolescente olha e fala “cara, essa sua sandália aí é de esquerdista... você me tirou aquele dia” como um psicótico, de que ele olha de cara e fala “você é um impostor e tal”.

Tábata: Olha, é diferente da transferência com um neurótico porque ela é mais digamos assim mais invasiva, não é essa a palavra, mas ela é mais intensa. Acho que os psicóticos, eles têm uma sensibilidade, eles conseguem perceber a gente de uma forma muito mais clara, as coisas que a gente tá sentindo do que o neurótico, né. O neurótico tá lá envolvido nas questões dele, o psicótico é meio uma antena assim, né, então eles captam coisas assim que às vezes a gente não percebe.

A identificação da psicose com a adolescência é uma noção interessante que, na expressão de Dante, parece ter a ver com um modo mais direto de tratar a questão transferencial. Podemos entender que a argumentação de Tábata na direção de que há uma sensibilidade diferenciada na psicose, conecta-se a essa diretividade, à medida que é por meio desse sentir mais intenso que o sujeito faz algumas pontuações de maneira mais clara.

Repetimos a primeira parte do trecho para poder examiná-la mais cuidadosamente. Tábata utiliza, em primeiro lugar, a palavra “invasiva” para se referir à transferência na psicose. Esse jeito mais direto pode, de um lado, ser recebido de fato como algo invasivo e, por esse motivo, ter aspectos bastante difíceis de lidar por nos questionar acerca da posição do profissional, mesmo pessoalmente, e de seus limites. De outro lado, este mesmo fator pode ser justamente o que facilita o trabalho por deixar evidente desde o princípio quais as questões importantes a serem cuidadas em dado momento.

Ribeiro (2007) apresenta essa relação intensa e, por vezes, confusa, do sujeito psicótico com o analista e, podemos analisar como uma das explicações possíveis dessa “diretividade” sinalizada pelos profissionais, o mecanismo psicótico de projeção no analista de conteúdos próprios. Assim como alegamos que a “diretividade” é um fator que pode auxiliar no cuidado, Rosenfeld (1988 *apud* RIBEIRO, 2007) expõe que essa projeção nos dá a oportunidade de conhecer esse sujeito e trabalhar a partir desses materiais projetados de forma conjunta, por eles serem intoleráveis para o sujeito de lidar a sós.

Foi notável que, apesar de ter sido explicitado desde o momento inicial que esta pesquisa tinha como um ponto importante a transferência na psicose, nossa percepção é de que esta foi uma dimensão que praticamente impôs sua presença na fala dos psicólogos, que permitiu que eles entrassem no tema do cuidado nas psicoses em um serviço de saúde mental. O trabalho a partir da transferência, isto é, na dimensão inconsciente do sujeito, é o que movimenta, em grande parte, estes profissionais no cuidado com as psicoses e, desta maneira, é inegável que a psicanálise tem um espaço considerável nesse serviço.

A respeito da minha experiência com relação à transferência na psicose neste CAPS, compartilho a seguinte reflexão a partir de meus diários de campo números 41, 42, 45 e 49. Cauê é um frequentador do serviço com sofrimento do tipo psicótico, que faz parte de duas oficinas que também participei. Meu primeiro contato com ele foi em um dia que o grupo estava fazendo colagens e ele não estava querendo realizar nenhuma atividade (é uma oficina em que ocorrem três alternativas de trabalhos manuais, mas que também é aberta, caso o frequentador queira fazer ainda outra atividade), ficando em um movimento constante de entrar e sair da sala. Em determinado momento, ele falou com o coordenador da oficina que não estava bem e que queria conversar com ele, porém como quem ele gostaria de falar estava na função de coordenar o grupo, disponibilizei-me para sair com ele da sala para conversar.

Sáímos da sala, ele começou a me contar de um “medo” (*sic*) muito intenso que ele sentia e, enquanto falava, ele se abraçava bem forte como que mostrando o quão doloroso estava esse afeto. Comecei a tentar abordar esse medo fazendo perguntas das mais diversas. Ele me questionou de volta se eu também tinha medo, o que respondi afirmativamente; ele tentou adentrar um pouco mais sobre o meu medo, mas eu logo retornava outras questões para ele. Depois dessa breve conversa, ele pediu para que voltássemos para a oficina, claramente ainda bem angustiado.

Em supervisão com residentes e profissionais do serviço, foi-me relatado que Cauê dificilmente se vinculava com pessoas. No entanto, havia um residente com quem ele tinha uma maior vinculação, que era o coordenador do grupo supracitado. Na realidade, com o passar do tempo, essa transferência entre os dois se intensificava cada vez mais, de maneira que, Cauê transferia para esse residente, alternadamente, um ódio e um amor extremamente maciços, ainda mais no momento de término da residência, em que o residente iria sair deste serviço. Pensamos conjuntamente de que modo poderíamos dispersar mais essa transferência para que Cauê se ligasse a outras pessoas, atividades ou coisas e chegamos até a pensar em comprar uma camiseta de banda para usarmos, maneira como o residente descreveu que Cauê se aproximou dele – ideia possivelmente fadada ao fracasso, como logo alertou minha supervisora, já que não temos como prever o que funcionará como um mediador que permita a aproximação entre pessoas.

Em outro dia nesta oficina de colagem, o residente que estava coordenando sugeriu que falássemos um pouco sobre lembranças da nossa família para que fizéssemos depois uma colagem com o mesmo tema. Cauê se sentou ao meu lado e, na sua vez de falar, recusou-se. Percebendo seu incômodo com o tema, fiz um comentário solto, como se fosse um “pensar alto”, não direcionado a ninguém em específico: “o complicado é que família a gente não

escolhe...”. Passados alguns minutos em que já estávamos fazendo as colagens, Cauê se volta pra mim perguntando: “você gostaria de escolher a sua família?” (*sic*). Respondi que se pudesse, talvez escolheria uns ou outros, mas que, felizmente, podíamos escolher nossos amigos ou outras pessoas que queremos perto. Cauê logo respondeu, compartilhando comigo algo que nunca havia falado com ninguém do CAPS: “eu, se pudesse, escolheria casar com um homem forte” (*sic*) e a partir desta fala, pudemos adentrar um pouco mais nisso que apareceu com alguma dimensão de desejo.

Esta situação me mobilizou, trazendo muitas reflexões. Inicialmente, pude perceber a intensidade da transferência psicótica que Cauê tinha com o residente, em que cada passo ou ação do residente era notada por Cauê, que logo o questionava sobre o porquê de ele ter agido de uma forma e não de outra, normalmente relacionando as atitudes do residente a si. Além disso, Cauê chegou a manifestar seu ódio, elaborando-o em uma simulação de que iria machucar o residente em um momento de raiva. Entretanto, o que mais me chamou a atenção foi o momento em que Cauê fragmentou um pouco, ainda que momentaneamente, essa transferência. O residente também estava nesse grupo, mas Cauê conseguiu confiar em outra pessoa para compartilhar algo inédito até então.

Algumas questões importantes me ocorreram. Em primeiro lugar, diferentemente de retornar as perguntas que Cauê me fazia na situação em que ele estava com medo, eu respondi sem demandar dele nenhuma outra questão e foi depois dessa colocação que ele se permitiu falar algo de si. Entendo que precisamos reconhecer a finalidade das perguntas que, seja os frequentadores, seja um analisante em consultório nos fazem e que, neste caso, foi essencial que eu me colocasse de alguma forma, não porque ele tinha uma curiosidade acerca da minha vida, mas pelo fato de que foi o que favoreceu que ele confiasse em mim e se organizasse para falar de si; na realidade, não era sobre mim, ele precisava falar desse aspecto de si¹³ em primeira pessoa, emergindo na condição de sujeito que deseja. Ademais, penso que a minha não-resposta na primeira ocasião teve a ver com a surpresa que tive quando ele me direcionou suas perguntas de maneira mais direta do que estou acostumada com outros frequentadores e me senti, de certa maneira, desconfortável, eximindo-me de respondê-las.

Um segundo fator que me fez refletir foi a função de uma frase, um comentário não direcionado, como um mediador, um elemento com o qual Cauê se ligou para que houvesse transferência. O mediador, portanto, além de não ser programado, tampouco é necessariamente uma coisa, sendo, portanto, inusitado e autêntico. Foi de um modo de

¹³ Aspectos sexuais vinham aparecendo em algumas de suas falas e ações, mas nunca como uma afirmativa de sua parte, sempre direcionado a outros.

presença, de *estar com* pela convivência (RESENDE, 2015), que pude, ao contrário do primeiro episódio, ser sensível ao contexto para me posicionar de maneira a possibilitar uma ligação autêntica com o outro. Em seu histórico familiar de difíceis relações, de maus tratos em casa, é bastante compreensível que Cauê precise de bases que sustentem para que ele confie.

4.2.2 O corpo

O papel do corpo na psicose foi outro tópico que perpassou a fala dos quatro psicólogos. Desde um trabalho para auxiliar na desimpregnação medicamentosa que pode envolver profissionais de outras áreas a uma leitura que envolve mais o psíquico, o corpo é uma dimensão privilegiada para o cuidado neste serviço.

Algumas possíveis particularidades acerca do corpo na psicose foram bem retratadas na fala de Tábata.

Tábata: Agora tem as especificidades do corpo na psicose (...). (...) as alucinações, as coisas que se dão no corpo, né. (...) às vezes a gente tem o hábito de encostar nas pessoas, de tocar e muitas vezes não se dá conta do efeito que isso tem. Então assim, quando as pessoas têm essas alucinações cenestésicas, essa coisa no corpo é (...) difícil de compreender, as vivências corporais. E é uma coisa que a gente não pensa muito, que a gente não se atenta, né. Então muitas vezes a gente chega e abraça e a gente não sabe o efeito desse abraço (...). Tem gente que fica paranoico com um abraço ou tem gente que precisa demais daquele abraço, que só consegue se abrir se tiver esse contato físico. (...) o corpo tem um impacto na vida das pessoas que é diferente da nossa, então a gente precisa se atentar mais pra isso mesmo porque às vezes sem querer a gente é invasivo. Às vezes com um olhar a gente é invasivo; (...) a pessoa fica pirada com o jeito que você olhou pra ela e que você nem prestou atenção.

Podemos pensar essas especificidades do corpo, que Tábata relata neste trecho, a partir do enfoque sobre a vida cotidiana que Oury e Salignon (1986) apresentam, em que realizamos tarefas, os “axiomas do cotidiano”, de forma corriqueira, sem se perguntar sobre elas. A profissional destaca que ações, como um olhar, um cumprimento de determinada maneira, que muitas vezes são tomadas como banais para uns, podem ter um impacto que não imaginamos para outros, sobretudo, em se tratando da psicose, pois como apontam Oury e Salignon (1986), podem ser funções que estão, de algum modo, alteradas. Em uma articulação com a ideia winnicottiana, que abordamos por meio de Dias (2008) e Ribeiro (2007), de um ambiente que, em algum momento, pode ter sido invasivo, é preciso atenção a essa esfera corporal para que nossas intervenções, por menores que sejam – como um simples (ou nem tão simples assim) tocar –, podem ser excessivos e terem desdobramentos inimagináveis. Entretanto, essa atenção não se relaciona, de nenhuma forma, a um protocolo de não tocar um

frequentador. O que chamamos atenção é que a decisão de tocar ou não deve ser pensada, assim como em qualquer intervenção psicanalítica, singularmente, levando em consideração também a transferência. Ademais, cremos que esta reflexão nos sensibiliza para o cuidado com qualquer estrutura ou funcionamento psíquico, principalmente, em pessoas que estão em um sofrimento mais grave, realidade atual dos CAPS.

Tábata continua seu relato, fornecendo exemplos mais específicos de como o corpo é o espaço no qual as alucinações ocorrem e que se entrelaçam com a vida e com o mundo do sujeito, como no excerto a seguir.

Tábata: Eu lembro que tinha um paciente lá (em um serviço público de saúde mental), quando eu era residente, que ele tinha uma coisa, olha que coisa pesada, que ele não podia descansar porque quando ele respirava é que as plantas cresciam. Então ele não podia parar. Então ele ficava o tempo inteiro nesse trabalho de fazer as plantas germinarem, então assim, olha a extensão porque isso é o corpo dele. A terra é o corpo dele. Olha que coisa grandiosa, olha que trabalho do impossível que esse homem tinha. Tinha uma outra paciente que eu fiz acompanhamento terapêutico dela muito tempo, que ela tinha isso também. Quando ela tava muito mal, ela tinha uma coisa que ela que controlava o movimento do sol e da lua, olha que terror. Isso fazia parte do corpo dela. Então você pensa que coisa mais louca e tudo isso é o corpo dela. Essa definição do corpo que a gente tem pro psicótico é muito diferente. Eu acho que aí a gente precisa entender melhor pra poder atuar de uma forma mais adequada porque cada um tem uma experiência diferente.

Um fator que ressalto neste último fragmento é a posição que a psicóloga assume em sua explicação. Depois de expor uma experiência da qual ela não partilha em seu próprio corpo, podendo mesmo soar “louca” ou “diferente”, é uma vivência que faz questão para ela, na condição de cuidadora. A orientação do cuidado não é a de modificar a experiência que o sujeito tem, mas a de entendê-la para atuar melhor. O trabalho a ser feito está, portanto, do lado de quem é responsável pelo cuidado (RESENDE, 2015).

Um ponto em comum que Tábata e Rafael salientaram é que há sujeitos que têm uma experiência corporal tão intensa, que antes de conseguirem falar sobre o que sentem, precisam de um abraço, como Tábata indicou ou mesmo de um trabalho maior com o corpo, como exposto por Rafael no trecho subsequente.

Rafael: Tem outros pacientes que chegam e sei lá tá com alguma questão, tá com alguma angústia, mas a pessoa não consegue falar (...) porque chega com uma angústia impensável, porque chega com algum afeto difuso, chega com um pensamento desorganizado, é uma coisa esquisita que tá acontecendo e aí chega na oficina desse jeito. Não tem como você conversar com a pessoa, o que tá acontecendo, ela não sabe dizer, é um trem que tá aqui atrás... E aí uma coisa que eu percebo muito com alguns pacientes que chegam muito desorganizados, com essas coisas esquisitas, que ao longo da oficina eles vão se transformando. Parece que vai se integrando assim e aí às vezes eu faço uma intervenção mais individual, com um ou com outro, (...) e aí essa pessoa consegue, depois de fazer um trabalho mais de

movimento, de ritmo (...) se integrar e conseguir falar alguma coisa que não tava conseguindo.

Rafael nomeia de diferentes formas o que pode estar acontecendo com algum frequentador quando chega em sua oficina de capoeira, como “afeto difuso”, “pensamento desorganizado”, “uma coisa esquisita”, “um trem que tá aqui atrás”. Compreendemos que essa diversidade é o que denota a pluralidade dessas experiências e que o primeiro uso “angústia impensável” traz reflexões significativas, uma vez que, em não estando no campo do elaborável, do que pode ser dito, configura-se como um estado de angústia que não se consegue nem pensar ou que, se consegue, é de modo confuso. O termo “agonias impensáveis”, de Winnicott, (1960/1983) relaciona-se a esta acepção, remetendo a um eu desintegrado e, neste caso, com uma fragmentação corporal. Neste ponto, Clara ressalta a desintegração corpórea que pode estar envolvida na experiência psicótica, como indicado no próximo fragmento.

Clara: (...) a gente trabalha muito com o corpo e eu penso nessa ideia porque às vezes a experiência psicótica também tem uma desintegração até corpórea. Então eu penso que essa questão de tá atento ao corpo e oferecendo experiências de contorno corporal e de tá mais em contato com esse corpo pode favorecer a personalização, que é o habitar do próprio corpo.

Clara coordena uma oficina de Teatro e Cinema, na qual o corpo é trabalhado em todas as atividades realizadas. Sobre essas experiências de contorno corporal, ela conta que fez nessa oficina uma atividade que reproduziu uma experiência de Lígia Clark, em que foram colocados objetos em cima do corpo dos participantes do grupo enquanto uma música era tocada. Clara mencionou que foi uma experiência transformadora, em que foi perceptível a relação entre corporalidade e integração psíquica, por exemplo. Na mesma linha, Rafael trouxe contribuições de seu trabalho com o corpo, também dizendo um pouco sobre a desintegração do corpo psicótico e incluindo a perspectiva do ritmo.

Rafael: Primeiro, é muito comum, paciente psicótico chega tem muita vertigem, tem muita (coisa) esquisita (...). E aí eu fico muito observando essa coisa do ritmo. E um dos pacientes ao longo dos anos (...) foi se organizando durante um tempo de uma coisa mais primitiva, corporal, até uma coisa mais da relação. Primeiro, tinha uma coisa dele se sentir muito esquisito com essa ginga, né, o corpo balança e tal e depois ele começou a se interessar por essa coisa do ritmo e aí ele começou a falar que ele sentia o ritmo como se fosse uma marionete, (...) como se fosse uma outra pessoa fazendo ele. (...) ele fazia a ginga, a capoeira e o movimento achando que ele tava fazendo super rápido (...) e na verdade ele tava fazendo super lento e ele não percebia isso (...). E aí ele falou isso pra mim e eu falei: não cara, tá bem devagar o negócio. Aí ele deu uma risada e entendeu. Tipo, é uma coisa assim que tava meio fragmentada, ele fazia de um jeito, mas percebia de outro. Então esse trabalho de

integração do corpo, do ritmo, tipo, fez ele se apropriar mais dele mesmo. (...) Ele tava numa fase meio de crise, meio angustiada demais e aí ele inventou um jogo que era assim um ia jogando com o outro, se eu encostasse na sua mão, você ficava com a mão inutilizável e aí um ia encostando no outro até o outro ficar despedaçado e não poder mais jogar. E isso tem a ver com fantasias muito primitivas, de corpo fragmentado, corpo que não tem uma unidade e então de alguma forma pela brincadeira, aí na capoeira tem o jogo e brincadeira, ele vai arrumando uma forma também de ir trabalhando essas fantasias primitivas que aparecem na psicose, que é de todo mundo, mas que pra ele tá muito presente. (...) Então ele foi fazendo um trabalho de coisas mais primitivas até coisas mais de organizações grupais, de relações, objetivos, de uma organização de fantasias que na psicose é muito difuso (...).

Há vários aspectos bastante interessantes neste relato de caso. Inicialmente, é notável a frase de Rafael ao explicar como o frequentador sentia o ritmo como uma marionete: “como se fosse uma outra pessoa *fazendo ele*”. O profissional fez uso dessa estranha forma de dizer “fazendo ele”, que parece ser indicativa de como o frequentador se via como objeto de um Outro (CALLIGARIS, 2013). Pelo trabalho com o corpo, houve uma passagem de alguém que se vê como uma marionete, sendo governada por outra pessoa, para a apropriação de si como sujeito com um corpo integrado. O ritmo teve um lugar explícito para essa integração e, quiçá, para a possibilidade de compartilhamento de experiência grupal, de reconhecimento do outro, de outros ritmos, na situação em que o frequentador, pensando que estava em um ritmo rápido comenta com Rafael e, ao escutá-lo, pôde também criar outros ritmos. O jogo que o frequentador inventou foi outro recurso que permitiu a vivência pela brincadeira, em um espaço transicional, como explicamos a partir de Resende (1999), da fantasia de seu corpo fragmentado.

Um outro ponto que surgiu na fala de Dante foi a relação entre transferência e corpo no cuidado com a psicose, como exemplificamos no trecho seguinte.

Dante: eu penso que a transferência com a psicose é uma transferência que exige muito a gente estar olhando pra como o nosso corpo transparece. Aí tem a ver com uma transferência menos associativa, mas uma transferência mais pro campo da comunicação não verbal. Tem um conceito mais novo na psicanálise, que se chama *enactment*, que tem a ver com o que é vivido no a dois, que é do campo da transferência, mas é do campo do que me toca na transferência e como algo que não é do campo associativo, que não é do campo elaborável, como o meu corpo comparece em relação a isso. Então assim, aquele paciente me dá medo, e em vez de eu só ficar com medo dele ou só falar pra ele que ele me dá medo, como é eu receber aquilo no meu corpo, receber aquele medo, naquele campo, trabalhar o que é isso comigo e, às vezes, sim, comunicar isso pra ele e sem verbalizar, trabalhar isso em alguma coisa; ou trabalhar isso mais perto dele e perder o medo sem precisar falar isso. Isso tem muito a ver com esse campo do não verbal, esse campo do corpo, do estar com, do comparecer com o corpo, de como você olha, de como você recebe. (...) Eu acho que a transferência na psicose é uma transferência muito desse corpo vivido.

Dante pontua a utilização do fenômeno da contratransferência sentida no corpo como material de trabalho para o cuidado e, ainda, um trabalho que não necessariamente passa por uma comunicação verbal, mas certa comunicação entre corpos, ideia até então inédita neste trabalho. É o uso do corpo pelo corpo mesmo como fonte de trabalho, que faz sentido na medida em que há situações em que se apresenta algo no corpo que é indizível que, como Dante aponta, não é do campo associativo ou elaborável e, este olhar, permite uma outra atuação quando ocasiões assim se impõem na experiência, seja em um CAPS, seja em um consultório.

Sobre minha experiência com a vida cotidiana, a convivência e o corpo em sua dimensão rítmica, relatada em meus diários de campo números 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18 e 22, gostaria de compartilhar um fragmento de um acompanhamento que fiz na oficina de caminhada do CAPS com o frequentador Diego. Desde o primeiro dia em que participei da caminhada, percebi que ele sempre ficava para trás de todo o grupo, de forma isolada. Aproximei-me já nesse início, tentando conversar com ele, o que foi um pouco frustrante para mim, pois ele só respondia de forma monossilábica às questões que eu o fazia. Quando finalmente perguntei-lhe se ele gostava de conversar, sua resposta foi imediatamente “não” (*sic*). Foi nesse instante que percebi que a forma do cuidado que eu estava ofertando a Diego até então – a possibilidade de interlocução verbal – não estava sendo efetiva para ele e, mais que isso, que esse era um modo de cuidar que era confortável apenas para mim.

Dessa maneira, calei-me e, silenciando-me, acima de tudo, narcisicamente, finalmente me lembrei de uma das três disponibilidades que caracterizam a convivência – justamente aquela que eu normalmente esquecia quando tentava evocá-las –, a saber, o “deixar ser” (RESENDE, 2015). Foi um momento de abrir mão de qualquer fantasia de onipotência de cuidado (RESENDE, 2015) e também de pensar acerca outras maneiras de estar com o outro, como afirmam Tafuri e Safra (2016) de estar aberta para quem quer que seja esse outro: falante ou não falante para que possa haver um encontro para além de interpretações verbais. Sendo assim, penso que usei da contratransferência, até mesmo de como meu corpo sentia aquele momento – uma grande inquietude, em que várias palavras me vinham à mente e me dava vontade de ir falar com outros frequentadores – para me questionar sobre a minha atuação com Diego.

Continuei caminhando ao lado dele, buscando me situar na mesma paisagem que ele (OURY; SALIGNON, 1986). Percebi, nos primeiros dias, que ele fazia sempre um comentário ao final da atividade sobre a coordenadora da oficina: “a Mariana anda ligeiro!” (*sic*), olhava para mim e eu concordava, adicionando algum outro comentário sobre “andar

ligeiro”. Em um momento posterior, em que segui caminhando ao seu lado e acompanhando seu movimento – se ele olhava para mim, eu olhava de volta, mostrando-me presente, se ele andava mais devagar ou mais rápido, eu também o fazia, esperava-o quando ele parava para fazer alguma coisa – e, com o tempo, ele fez uma questão para mim, perguntou o meu nome. Ele parece ter reconhecido minha presença, a presença de um outro que estava ali com ele, respeitando sua maneira de ser no mundo.

Em outros dias, mais à frente, Diego passou a fazer outras questões para mim, buscando saber sobre meu estágio, sobre psicologia ou onde eu morava, até que, de perguntas e respostas, nossa interação passou a se constituir também de breves conversas mais fluidas. Na maior parte do tempo, continuávamos em silêncio na caminhada, mas começaram a haver esses instantes de trocas também verbais. Um ponto interessante é que, a partir desse encontro, passei a contemplar mais o silêncio, a natureza em volta, o caminho que fazíamos em seus detalhes e tudo o que estava acontecendo naquele momento e que talvez anteriormente eu não tivesse me dado conta por estar voltada somente à possibilidade de trocas verbais com os frequentadores.

Percebi também que Diego tinha um ritmo que ele foi modificando ao longo das semanas. Aquela pergunta a respeito da coordenadora que explicitiei previamente era o que normalmente permitia com que ele iniciasse sua fala comigo e, se no início, ele a soltava ao fim da caminhada, a cada semana que se passava, parecia que a pergunta era trazida para um momento cada vez mais anterior. Assim, tínhamos mais tempo de nos falarmos durante a atividade.

Com o passar dos dias, Diego passou a mostrar mais expressões, a sorrir olhando para mim. No último dia que nos encontramos na caminhada, depois de uma conversa, ele falou para mim: “você anda devagar, né?” (*sic*) e, em seguida, imitou meu caminhar de forma divertida, rindo. Surpreendi-me com essa pontuação, pois não tinha me atentado a meus passos e, realmente, quando ele o demonstrou, parecia muito comigo. Depois, ele também se imitou andando e rimos juntos daquela situação.

Reencontrei-o, após alguns meses, em um dia que eu estava participando de outra oficina e ele tinha ido ao CAPS para tomar uma medicação acompanhado de sua mãe. Quando falei com ele, sua mãe veio logo dizer que ele havia perguntado sobre mim em casa, o porquê de eu não ter mais ido à caminhada. Conversamos um pouco e, ao final, quando fui me despedir dele, Diego me ofereceu sua mão como forma de cumprimento. Achei esta situação muito significativa, uma vez que, segundo a coordenadora da caminhada, Diego é uma pessoa que não fala com ninguém, que nunca desenvolveu vínculo com nenhuma outra

pessoa da oficina e, neste caso, parece ter havido alguma transferência que, manifestou-se também, em última instância, no corpo, na possibilidade de um cumprimento que passa por esta dimensão.

Refletindo sobre essa trama, penso que, a partir de uma certa atenção à vida cotidiana, aos hábitos cotidianos de Diego e a como seu corpo comparecia naquele espaço, foi possível tentar algo diferente. O desafio que emergia era de como estar com ele, deixando a minha presença o menos nociva possível (OURY; SALIGNON, 1986). Parece-nos que acolher outros modos de enunciação que não são palavras, deixando-o ser (RESENDE, 2015) foi a estratégia que possibilitou uma transformação de ambas as partes, um encontro. Por fim, entendemos a imprescindibilidade do uso do cotidiano para a emancipação das pessoas (RESENDE, 2015).

4.2.3 O território

O território e o CAPS como um serviço territorializado foram assuntos abordados por todos os profissionais em dimensões variadas. Nos excertos a seguir, o modo como ocorre o trabalho com o território foi articulado, em primeiro lugar, ao fato de o CAPS ser um serviço “portas abertas”, isto é, de livre circulação e acolhimento e, posteriormente, à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Conectado a alguns trechos, trago reflexões a respeito da (não) territorialização de um frequentador do CAPS, Tupã, descritos a partir de minha convivência com ele nos diários de campo números 10, 11, 15, 26, 43, 45 e 54.

Tábata: (...) eu acho que o CAPS é uma instituição que permite as pessoas estarem em liberdade porque muitas pessoas antes de irem pro CAPS, elas tiveram várias internações, uma atrás da outra, porque elas não tinham esse porto seguro, não tinham cuidado mais humanizado, mais aberto. Então, entrou em crise, (...) vai pra uma instituição fechada. Quando volta aí menor sinal de crise, volta pra lá de novo. No CAPS, muita gente que tinha histórico de internação, nunca mais internou. Porque ela tem um tratamento que tem uma sequência, ela tem um lugar pra ir. Então ela tá mal, ela não vai ficar pirando sozinha em casa, ela vai pro CAPS. (...) não precisa esperar a pessoa entrar numa crise pra ser internada. Então a gente pode ir acompanhando e cuidando desses sofrimentos que vão aparecendo ao longo do tempo, então esse tipo de cuidado permite que essas pessoas estejam no território, facilita a permanência delas no território. E como sendo esse porto seguro, é um ponto de amarração que elas podem circular, mas elas têm referência, elas têm pra onde ir, que é diferente de um tratamento só no hospital, que é um lugar que ninguém queria ir e que não tinha uma continuidade. Então a pessoa vai, cuida da crise, né, amena, aí sai até a próxima crise e a nossa perspectiva é outra. Então é nesse sentido que se trabalha com o território.

Tábata alega que o trabalho com o território se dá devido ao CAPS ser um serviço aberto que, paralelamente, faz um acompanhamento de longo termo com seus frequentadores. Ela contrapõe essa abertura ao fechamento de hospitais psiquiátricos, em que as pessoas em

sofrimento que estão internadas não têm nenhuma relação com o território e com a vida, em termos gerais, fora da instituição. A associação do CAPS como um “porto seguro”, como uma “referência” é o que favorece com que o sujeito permaneça no território e, se for o caso, tenha a própria crise e os cuidados com ela no território. Pensamos que, assim como se realiza as mais diversas atividades cotidianas em um território, como trabalho, lazer, cultura, o CAPS insere mais uma esfera da vida no território, que é a do cuidado consigo quando as coisas não vão bem. Portanto, o modo de viver no território ganha uma maior amplitude. Ainda, o CAPS, além de ser mais um espaço a ser utilizado no território, pode ser também o ponto de ligação entre essas diferentes partes da vida, como moradia, família e trabalho, como apresenta Ribeiro (2007). Ademais, de acordo com Leal e Delgado (2007), o que permite a efetiva territorialização e reinserção social é a aposta de que o que é realizado dentro do CAPS tem sentido porque está articulado à vida fora do CAPS.

Tupã é um frequentador que está em situação de rua há anos e que, portanto, seu território é a rua. Ele vai ao CAPS todos os dias, mas já não participa de nenhuma oficina e durante as noites, dorme em um banco ao lado do serviço. O CAPS, neste caso, acaba por não ser a ponte de ligação entre as esferas de sua vida, mas passa a ser, ainda que parcialmente, as próprias esferas de sua vida: sua meia-morada e sua meia-família. “Meia” porque não há como ele dormir dentro do CAPS, por exemplo, e, por mais que ele tenha vínculos fortíssimos com muitos profissionais e frequentadores, eles não são a sua família. A vida fora do CAPS, para ele é, com efeito, muito dura e seu território ameaçador, onde ele já sofreu agressões severas. Tupã oscila em contar de seus finais de semana como sendo de muita angústia ou a partir de delírios, como o de que faz viagens fantásticas para locais lindos e mágicos e leva consigo pessoas do CAPS por quem tem carinho. Percebemos aqui, o papel essencial que um delírio tão belo tem para lidar com a realidade por demais insuportável que ele vive – este é o fragmento de verdade em jogo na situação (FREUD, 1937/2006).

Ao descrever outro enfoque sobre o trabalho no território e a reinserção social, Tábata e Dante levantaram alguns desafios que giram em torno da problemática da comunicação, de forma suplementar.

Tábata: (...) tem uma outra coisa que eu acho que a gente também precisa aprimorar mais, que é com relação ao estigma. Eu acho que a gente precisa aprender a usar mais a comunicação. (...) do que adianta você fazer um trabalho belo aqui dentro e ninguém saber o que você faz? Então eu acho que isso é uma coisa que na reforma a gente peca muito (...). Aí tem um filme ou outro, mas não existe dentro da política uma linha de mídia. A gente tem que estar na mídia porque eu acho que é uma forma também de trabalhar a questão do estigma porque os nossos pacientes são bem tratados, a gente consegue tirar os sintomas, nãñãñã. Quando vai pro território:

ah, toma remédio, não vou dar emprego pra essa pessoa porque ela toma remédio controlado.

Dante: Mas eu acho isso um desafio. A gente tem uma realidade no CAPS que os usuários ficam super amigos no grupo de convivência e quando eles pisam fora do CAPS os dois vão pro mesmo ônibus sem se falar, que é uma coisa da nossa sociedade né. As pessoas têm medo umas das outras, não confiam. Acham que o outro vai roubar, acham que o outro é mala, então acho que não é totalmente realista a gente dizer que a gente tem um trabalho tão territorial assim, e que a gente consegue operar essa mudança toda. Eu costumo falar isso nos grupos né, até que ponto que a gente consegue fazer um grupo de convivência com uma convivência artificial, que a gente chega lá, convive e se ama, vai lá pra fora e ninguém se fala, não fala com ninguém na rua. Se a gente quer fazer convivência, vamos sair um dia com essa galera pra conviver na rua.

De um lado, Tábata sinaliza a falta de uma comunicação maior com o território acerca da saúde mental em termos mais amplos e do trabalho do CAPS, mais especificamente, afirmando que essa lacuna acaba se expressando no cotidiano do frequentador no território, com o exemplo da situação laboral. De outro lado, pelo relato de Dante, para além de uma falha de comunicação externa, parece haver uma questão de estigma e de cultura também interna ao CAPS, que pode demandar uma comunicação por mais meios, pois, por mais este seja um serviço substitutivo de saúde mental, baseado na reforma psiquiátrica, diferentes formações convivem e, em algumas delas, persistem perspectivas manicomiais. Dante faz uma crítica ao trabalho de territorialização deste serviço, comentando que não é um “trabalho tão territorial assim”, em virtude de, para que ele o seja, é preciso passar por uma inserção ainda maior na cidade, que articule mais as redes de dentro do CAPS para fora dele. Essa ideia é consonante com o que Leal e Delgado (2007) citam sobre a efetiva territorialização, exposta anteriormente, que só se concretiza quando há uma articulação dentro e fora do CAPS.

Sobre duas formações distintas convivendo em um mesmo serviço, ilustro como, com Tupã, já presenciei duas formas radicalmente inversas de lidar com o delírio. Se, de um lado, já escutei uma profissional falando algo no sentido de: “lá vem o Tupã com essa história de transformar plantas em cavalos”, de outro lado, em um dia que estávamos conversando eu, Tupã e a segurança do serviço, cheguei a perder-me na história delirante que Tupã contava sobre como os índios tinham ido ao CAPS resgatá-lo, uma vez que a segurança confirmava a história, acrescentando detalhes a ela.

Dante trouxe uma reflexão sobre a territorialização no campo formal e no campo material, como apresentado no trecho subsequente.

Dante: (...) em um campo mais formal, o nosso serviço não chega a ser territorializado, porque ele tá dentro do hospital, dentro de uma cerca, em um lugar que ninguém mora, né. Então, nesse sentido, o CAPS hoje em dia é conhecido como a casinha do lado do hospital. O CAPS (de outra região do DF) agora mudou de

lugar, mas o primeiro lugar (...) era do lado de uma churrasceria e perto de uma Americanas. Então os maluco tão tudo jogado lá, tudo no chão, e isso no sentido mais formal é territorializado. Agora isso também não garante. O CAPS AD (de outra região do DF) tem esse problema. Ele é muito territorializado, ele tá dentro da boca de fumo, só que as pessoas têm medo dos usuários e mantêm ele fechado. Tem um lugar territorializado, mas o CAPS não consegue se construir territorializado porque têm medo dessas pessoas.

Compreendemos, a partir de Dante que, para que um CAPS faça um trabalho de territorialização de fato, é preciso haver uma relação dialética entre uma territorialização formal e material, em que essas duas esferas sejam articuladas para que um CAPS seja não somente fisicamente situado em um território, mas que essa territorialização se concretize em relações. Estas relações podem se dar entre os próprios frequentadores, entre os frequentadores e os lugares do território, entre os frequentadores e seus cotidianos na comunidade, em geral. O problema da comunicação interna, por sua vez, expressa-se novamente, porém nesta ocasião, remetendo-se aos próprios profissionais do serviço. Mesmo entre eles, parece haver um estigma para com os usuários e, por esta razão, o CAPS acaba por não cumprir sua função de ser aberto.

Dante aborda ainda a territorialização no sentido de estar mais próxima da comunidade no seguinte fragmento.

Dante: (...) em vez de criar um grupo de crochê, a gente pode ver se tem um grupo de crochê na comunidade. Tem essa dimensão territorializada também da gente sempre estar tentando fazer coisas com a comunidade. (...) Querendo ou não, você entrar dentro do CAPS tem várias barreiras de acesso. Vou ter que entrar no hospital; agora tô no hospital vou entrar nessa casinha; chega na recepção o segurança vai perguntar o que a pessoa tá fazendo lá. Até chegar na sala de música vai ser difícil (...). Então eu acho bem legal esse esforço, essa articulação com a comunidade, da gente estar chamando líderes comunitários, da gente estar sempre buscando esses espaços; eu acho que pode gerar várias transformações sociais sim. O grupo de música agora, nosso ensaio tá sendo (...) (em) um centro de cultura ali do lado, e quando a gente tá lá, alguém vê o ensaio e por isso já convida a gente pra fazer um show. Ao mesmo tempo um usuário que foi lá descobre que tem uma atividade lá e já se cadastra.

Nessa passagem, podemos entender a afirmativa de Dante como uma alternativa relativa à territorialização. Essa alternativa se expressa, principalmente, de duas formas: (i) em vez de criar um grupo que já exista na comunidade, criar modos de inserção dos frequentadores do CAPS nestes coletivos; (ii) buscar realizar as oficinas do próprio CAPS em espaços da comunidade. Alguns desdobramentos dessas iniciativas que auxiliam na territorialização são a busca de líderes comunitários para participação em grupos, uma exploração por parte dos frequentadores das possibilidades que sua comunidade oferece e a convivência dos frequentadores com pessoas que também habitam sua comunidade, o que pode ampliar sua rede de apoio.

Dante e Rafael tocam em um ponto essencial da reinserção territorial, que tem a ver com a desinstitucionalização e com novas formas de institucionalização em serviços substitutivos de saúde mental, como o CAPS. A articulação da vida dentro e fora do CAPS, foi o conteúdo central de ambos os relatos.

Dante: (...) um trabalho centrado na reinserção social tá sempre com a preocupação de como esses usuários vão levar isso pra vida, mesmo tendo alta vão continuar podendo fazer aquilo, vão estar ligados a sua comunidade, e não só a gente vai fazer uma terapia incrível e saiu do CAPS não tem mais nada. Mas eu acho isso um desafio. (...) Rola muito isso no CAPS, a gente cria um espaço muito protegido, muito amoroso e maravilhoso, e nunca mais ninguém quer sair do CAPS, gerando outras novas institucionalizações. A pessoa saiu do hospital psiquiátrico, mas tá presa no CAPS né. A gente super ama os pacientes, mas naquela sala o paciente não pode entrar (...). Será que eles são tão livres assim? Eles não estão no manicômio, mas ninguém sai da corda, ninguém faz nada diferente do que o profissional mandou, o profissional que manda o que eles podem fazer.

Rafael: Eu gosto muito dessas possibilidades que têm em relação ao território, por exemplo, a oficina que a gente faz é na administração, não é no CAPS, o futebol é na quadra, aí tem um envolvimento com a comunidade. (...) Aí tanto um quanto o outro têm pessoas da comunidade que participam (...). É, enfim, essa coisa do cotidiano né, essa reinserção no cotidiano, tanto essa reinserção com relação aos preconceitos também, né. O pessoal da administração lá tem muito preconceito e tudo, mas eu vou lá, converso, enfim, vai criando um vínculo ali, os pacientes vão se vinculando, vão se sentindo à vontade, vão começando a ter mais segurança e se sentir mais à vontade para circular no território também. (...) essa coisa do território eu acho muito interessante, mas pensando não só como uma coisa de desinstitucionalização, assim eu acho que isso meio que virou um jargão que as pessoas falam: ah, vamos desinstitucionalizar, tirar da instituição, tem que deixar a pessoa livre e tal. Eu acho isso, na verdade, um tanto ingênuo (...) em relação a uma ideia de você desinstitucionalizar, deixa livre, daqui a pouco vira um morador de rua, que não tem vínculo com nenhum lugar e fica louco pela cidade, daqui a pouco alguém vai lá e mata. Isso acontece muito, tem acontecido. Não dá pra dizer que não acontece essa idealização, essa ilusão do CAPS que vai resolver tudo. (...) Não que tenha que voltar aos hospitais, obviamente, aos manicômios, mas é justamente esse trabalho de territorialização, de reinserção social, ele tem que ser feito pra criar como se fosse várias possibilidades de instituição. Como se a pessoa tivesse várias possibilidades de usar as instituições a seu favor. Então se ela tem o CAPS, se ela tem a administração, se ela tem o centro de saúde (...) ela pode escolher e, pode usar a favor dela e pode se beneficiar disso, é isso que tem que ser feito. Não é simplesmente desinstitucionalizar.

Sobre a reinserção territorial, ambos os profissionais relatam o desafio da desinstitucionalização com base em duas situações distintas, como em dois extremos. Em uma primeira análise, Dante destaca as “novas institucionalizações”, processos que Goulart (2017) chama atenção em sua pesquisa. Essas novas institucionalizações são definidas por este autor como relações manicomialis sutis nos serviços substitutivos de saúde mental – como no relato de Dante, “o profissional que manda o que eles podem fazer” – que, no lugar de promoverem autonomia do frequentador, acabam por manter sua dependência para com o serviço. Como exposto no capítulo um, é preciso, a partir de uma transferência dissociada, favorecer que haja

uma transferência também para o território, para, conforme Palombini (2006), atravessar os muros do serviço e ir para a cidade.

Rafael, por seu turno, indica uma realidade oposta, em que pela ilusão de uma onipotência do CAPS, depois que se realiza um cuidado neste serviço, desinstitucionaliza-se, de modo a deixar o frequentador “livre”, sem que se fornecesse de antemão um maior suporte para o sujeito, como a possibilidade de que ele se ligasse a outras instituições. Neste caso, o trabalho de reinserção social também não foi realizado, de sorte que o sujeito passa a habitar o território de forma marginal, correndo inclusive riscos severos. Como Rafael mesmo aponta, é um desinstitucionalizar ingênuo, irrefletido, em que, formalmente o sujeito passa a não mais ser vinculado ao CAPS, mas também não tem vinculações com nenhuma outra instituição. Essa discussão converge com o debate sobre autonomia, levantado no capítulo dois, em que concordamos com Kinoshita (2001) e Leal (2001) de que, a autonomia, mais do que ser independente de tudo e de todos, tem a ver com depender não só de uma instituição, mas de múltiplas pessoas, coisas, instituições e lugares que, nas palavras de Rafael, é “como se a pessoa tivesse várias possibilidades de usar as instituições a seu favor”, as quais “ela pode escolher”. Notamos, ainda, como nessa definição de autonomia, a transferência multirreferencial se entrelaça às possibilidades de vinculação no território, nas instituições nele presentes, orientando-se à reinserção social.

Comentamos sobre a crítica de Rafael à desinstitucionalização que ela é remetida ao uso banalizado deste conceito, dado que sua definição se remete à criação de novas formas de inserção social. Rotelli, Leonardis e Mauri (1990) definem a desinstitucionalização como um trabalho terapêutico, em que se cuida e transforma modos de viver e sentir o sofrimento, também transformando a vida concreta e cotidiana das pessoas. Os autores a caracterizam em três aspectos:

“a) a construção de uma nova política de saúde mental (...); b) a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes; c) *a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição (...)*” (p. 36).

Portanto, para desinstitucionalizar, substitui-se o manicômio por uma multiplicidade de serviços dos quais os frequentadores poderão fazer uso.

Outro tema de relevância surgiu na fala de Rafael, em que ele relatou sobre as oficinas que realiza fora do CAPS, em uma dimensão de negociação com o território. Miranda e Onocko-Campos (2010) ressaltam o trabalho clínico e político dos profissionais que atuam no território favorecendo a autonomia dos frequentadores por meio da abertura de trocas, de

diálogo e de convívio com a diferença, contribuindo, assim, para a transformação do espaço público.

Para Tupã, o CAPS, no lugar de fornecer essas várias possibilidades de ligação com outras instituições para que ele as utilize a seu favor, o serviço parece ser praticamente a única instituição na qual ele é vinculado e dependente. Neste aspecto, o trabalho de desinstitucionalização está sendo impedido, sendo os motivos para isso, sobredeterminados. Entre eles, destacamos a inexistência de residências terapêuticas para que ele possa ter uma moradia que compreenda seu sofrimento e as necessidades que deste se desdobram, a rede de apoio fragilizada, uma vez que, por mais que ele tenha família no DF, por ele já ter tido conflitos intensos com membros dela, a possibilidade que ele habite com ela é inviabilizada – inclusive judicialmente –, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, haja vista que ele já teve crises durante a execução de tarefas e o impasse para conseguir benefícios do governo, que envolvem a dimensão da curatela. Sendo assim, por mais que Tupã esteja institucionalizado, o CAPS ainda é o lugar de apoio, a referência que ele tem em sua vida, sem a qual, provavelmente, sua situação estaria ainda pior.

Uma questão política que apareceu em diversos relatos foi o fato de que faltam CAPS no Distrito Federal. A ausência da quantidade de CAPS necessária para o atendimento das regiões administrativas dificulta em muito a territorialização (GOULART, 2013), uma vez que, como ressaltado anteriormente nesta análise, a dimensão formal do território é também imprescindível. Para quem mora longe do CAPS ao qual é vinculado, a acessibilidade e a transferência para o território ficam prejudicadas, como apresentamos nas falas de Rafael e de Clara.

Rafael: Essa coisa assim por um lado os pacientes que moram aqui isso é mais legal porque eles estão no território, às vezes estão meio isolados, mas eles fazem parte, então você vai resgatando isso. Pacientes que moram muito longe é diferente, eles vêm aqui, fazem a oficina, vão embora, eles não têm muito vínculo com o território. Então são modalidades diferentes também.

Clara: Eu acho que facilita muito o acesso, isso é bem claro aqui porque as pessoas que moram mais perto do CAPS têm uma facilidade muito maior de vir do que pessoas num território mais afastado (...). Então é difícil, é caro, pegar ônibus e tudo (...).

Por fim, no que concerne às entrevistas nesta categoria, destacamos algumas reflexões de Clara e de Dante sobre o trabalho possível no território com base em suas experiências.

Clara: E eu penso que tem um senso de pertencimento e uma potência de os profissionais também poderem acessar os contextos que os frequentadores do CAPS

estão inseridos. Então, a gente com a oficina de teatro e cinema, (...) (com) os filmes que a gente fez agora, a gente explorou muito isso, (...) os lugares que eles frequentam, os lugares que eles têm familiaridade. Então, a gente ir lá e filmar e estar habitando de um modo criativo o território, eu acho que é algo que também facilita essa inserção social.

Dante: Eu tive um caso, (...) que eu comecei atendendo no consultório e a história dela tinha a ver com o (território no qual o CAPS é situado), e como ela tinha perdido as referências dela (neste território). Em algum momento a gente foi fazer um AT no (território), ficava caminhando lá e olhando pros lugares que ela tinha vivido. Então, era um caso de consultório porque foi marcado na minha agenda, (...) e aí andar com ela, ver aquela igreja e ela poder chorar andando junto lá, criou um outro lugar, né. Aí depois a gente fez várias outras coisas juntos em um campo ampliado né, não só no consultório.

Nos dois excertos, os profissionais falam sobre habitar criativamente, de uma forma diferente, o território, como uma “ressignificação afetiva” do frequentador com o território. O que permite essa nova maneira de estar no território é poder estar e se inserir no espaço de outro modo, seja acompanhado do terapeuta e de outros frequentadores, *estando com* (RESENDE, 2015), seja realizando uma atividade, *fazendo junto* (RESENDE, 2015) um filme em locais de seu cotidiano.

Com relação a Tupã, a pergunta que elaboramos é: em que medida o CAPS cumpre/pode cumprir sua função de territorialização neste caso? Como reflexão final deste tópico que serve como ponto de partida para o próximo (a clínica-política), conto duas situações de minha convivência com Tupã.

A primeira delas foi em um dia que, triste pela saída dos residentes do CAPS, Tupã comentou comigo que estava “enjoado” (*sic*) do serviço – de fato, deve ser bastante enjoativo mais ou menos a cada semestre, vincular-se a pessoas que, após um período, vão embora do CAPS. Logo em seguida, ele começou a me narrar sobre uma viagem que fez à Amazônia, na qual, no dia de seu retorno para o DF, os índios não queriam que ele fosse embora e insistiram bastante para ele ficar, mas ele os respondeu que tinha de ir embora – situação análoga a que ele estava vivenciando. Descrevendo mais sobre características, atividades que ele e os índios faziam na Amazônia e móveis que eles produziam para as ocas, perguntei se eles faziam camas também. Tupã replicou: “não, lá os índios dormem no chão mesmo, *eu* já estou acostumado, quer dizer, eles estão acostumados, gostam de ver as estrelas”. Se seu delírio já dizia de uma verdade tão claramente ligada à sua vida presente, esta troca de “eles” por “eu”, colocando-se em primeira pessoa, evidenciou ainda mais suas vivências e seu sofrimento cotidiano, como a sua situação de dormir na rua.

Aprofundando um pouco mais sobre o sofrimento de Tupã relativo também à não territorialização, a segunda situação ocorreu quando ele estava relatando que nos últimos

tempos estava com “depressão” (*sic*). Disse que havia chorado muito e que ficava sempre lembrando de cenas com sua mãe, em que ela o agrediu e ele sentiu raiva, mas ao mesmo tempo, dizia que a perdoava, repetidamente. Pela primeira vez, para mim, ele falou que não tinha mais como ele voltar à Amazônia, pois os índios não o queriam mais lá e que não sabia mais se daria para transformar sua planta (uma samambaia) em um cavalo. Com a diminuição de seu delírio e, por consequência, de sua função, a realidade parece ter ficado bem mais dura de ser encarada. Nesta ocasião, passou-me diversas interpretações e intervenções pela cabeça. Como já havia oito meses que eu convivia com ele, pensei que o principal naquele momento poderia ser um trabalho de elaboração de sua raiva. No entanto, no fim de nossa conversa, logo percebi que eu estava enganada quando Tupã desabafou com todas as palavras a maior verdade de seu sofrimento atual: “o que me deixa mais triste é que eu não tenho casa” (*sic*).

4.2.4 A clínica-política

A clínica em suas mais diversas facetas foi um tema levantado por todos os psicólogos. No entanto, a indissociação entre clínica e política, mais ou menos evidente em cada relato, foi um elemento de destaque que perpassou a fala dos profissionais. Vale ressaltar que esta seção foi construída mais na direção de trazer questionamentos e reflexões abertas, do que fechar concepções acerca das clínicas em pauta.

Para iniciar o debate, apresentamos um trecho de Dante sobre o nascimento da clínica do CAPS.

Dante: a minha formação foi muito permeada por essa noção do Lancetti da clínica peripatética. Eu gosto muito dessa visão, de que essa clínica foi sendo construída exatamente sem ter um lugar, né.

Diferentemente da clínica tradicional, que teve um lugar muito específico de acontecimento – o consultório –, podemos pensar conforme Augé (1994), Ribeiro (2007) e Dante que a clínica peripatética (LANCETTI, 2006) gerou-se de um não-lugar. Para além de uma clínica que se faz em movimento, parece que sua própria concepção clínica também está em movimento. O esforço clínico, seja em grupos, em oficinas, seja em acompanhamentos terapêuticos feitos na rua, é de constantemente inventar estratégias que abram caminhos de vida (BERGER, 1997), de criar a partir de um não-lugar clínico, várias possibilidades de lugar para que os sujeitos possam habitar. Continuamos essa discussão por meio de outro recorte do relato de Dante, em que ele nos conta sobre um atendimento de um sujeito

psicótico em consultório e, em seguida, traz questões que nos levam a repensar a clínica tradicional.

Dante: (...) eu nesse período achava que estar no consultório era estar lá sentado. (...) Só bem depois, (...) que eu notei a análise desse caso começava na sala de espera. (...) Se eu tivesse mais maturidade, eu devia ter ido era lá pra fora com ele. (...) isso é fazer essa clínica ampliada. (...) quando a gente vai falar o que é psicanálise, “psicanálise é associação livre, divã e transferência”. Transferência sim, associação livre talvez, mas se você pensar em psicose, você não precisa botar ele pra associar livremente, tem a ver com você só aceitar aquilo que tá ali. Divã: eu tenho várias críticas a essa “divanização” da psicanálise. (...) Pra mim, o divã é como se fosse uma técnica ativa da psicanálise, só que nem por isso todo mundo tem que fazer aquilo né. (...) pra mim isso tudo é um modelo da neurose, né, da pessoa que não consegue falar olhando pra sua cara. Ele tá super neurótico e rígido nas defesas e você pede pra ele ficar de costas. (...) ainda tem muito esse vício de uma psicanálise muito presa no modelo da neurose, mesmo quando a fala é da psicose. (...) Uma coisa é o consultório físico, uma coisa é o atendimento individual, outra coisa é o que a gente criou como mentalidade de consultório.

Um primeiro questionamento que podemos fazer à clínica tradicional é em seu aspecto de *setting* analítico, que não precisa ser restrito ao consultório, de que a própria análise pode estar ocorrendo em um tempo e espaço que transcende, por exemplo, quatro paredes e 50 minutos. Dante também interroga a psicanálise na forma como ela pode ser tomada, como no que ele chama de “divanização” da psicanálise, quando parece haver uma “fixação em estágios iniciais da psicanálise”, em um modelo que foi concebido por Freud em seu atendimento de neuróticos. Entendemos que o centro da questão, contudo, não é um atuar sentado ou em pé, em movimento ou estaticamente, individualmente ou em grupo, mas a “mentalidade de consultório”, a ideia de que há uma única forma de fazer, que tenta imitar o que se pensa que Freud fez e que não se atualiza a cada caso. Perde-se, paradoxalmente, nesta situação, a grande lição do modo de pensar freudiano: a invenção (MEZAN, 1995), uma prática que, ao ser confrontada com o novo ou com o que não está funcionando, questiona-se, busca aprender com o “erro” – como nos cinco grande casos de Freud – e se reinventa.

No próximo fragmento, avançamos em algumas outras reflexões sobre a clínica.

Dante: E como isso pode falar da psicose, como isso pode falar de uma clínica que não tá tão ansiosa pela psicoterapia pela fala e nem pelo quanto vai falar, mas a clínica tá rolando em tudo que você observa e vive com o seu corpo, e como você se coloca. (...) Não é só essa clínica da reserva, da fala, da espera. (...) trabalhar uma dimensão de não só falar bem no consultório. (...) Eu sempre tive uma crítica da psicanálise do excesso da interpretação e do poder do interpretador. (...) Eu acho que quanto menos inteligente a gente é no consultório e quanto menos a gente fala coisas incríveis e quanto mais a gente trabalha com a modulação da voz, como a gente balança na cadeira, como a gente reage, como a gente repete só uma palavra, às vezes é muito melhor do que falar “você está trazendo uma questão do seu pai”.

Analisamos este relato de Dante pela perspectiva da convivência, em que *estar com o* outro significa se fazer disponível para o que vier da alteridade (RESENDE, 2015), neste caso, seja como palavra, seja pelo corpo ou como for, encontrar maneiras de acompanhar o sujeito sem julgá-lo ou interpretá-lo. Trata-se de uma clínica que, por esse motivo, não se limita ao “falar bem”. Em vista disso, sobre a clínica das psicoses ou, em termos gerais, de fenômenos psicóticos, abrem-se outras opções de trabalho que não só o trabalho do delírio pela fala, como a metáfora delirante descrita por Calligaris (2013), por exemplo. Podemos entender como uma justificativa para esses outros caminhos de trabalho que não só a fala, a afirmação de Outeiral (2012) de que, em alguns funcionamentos do tipo psicótico, o universo mental é sustentado e organizado mais por imagens (representação de coisa) do que pelo simbólico (representação de palavra). Tenório (2001) disserta sobre alternativas de serviços de saúde mental, que já apontamos em capítulo anterior, como a atividade laboral/criacionista; a transferência quando em análise individual; atividades, como oficinas e grupos; a combinação de diversos recursos da atenção psicossocial, como trabalho, interações e visitas domiciliares. No entanto, mesmo no consultório, Dante aponta possibilidades, como a modulação da voz, o uso do humor e o uso corporal. Como já analisado no item sobre o corpo, por vezes, há questões do sujeito que estão no corpo e que, em um primeiro momento, podem não ser elaboráveis e, por isso, demandam uma atenção com esse corpo. Nesse sentido, um acolhimento com um abraço ou um toque, por exemplo, ou mesmo começar a falar sobre o corpo podem auxiliar o sujeito a falar sobre o que está sentindo.

Um ponto que, embora inicialmente tenha sido levantado por Tábata para falar sobre a reforma psiquiátrica no serviço público de saúde mental, entendemos que se relaciona de forma complementar com um trecho de Dante, como uma possibilidade também na clínica particular.

Tábata: (...) reforma psiquiátrica é um projeto de sociedade. Não é só uma política (...) Tem uma visão de mundo, a gente luta pela igualdade social, né, pelo menos amenizar as desigualdades, trabalha contra um estigma, mas a gente se preocupa com as condições de vida das pessoas (...). Se a gente pegar o conceito de desinstitucionalização, uma das coisas que fala é que a gente tem que trabalhar pela melhoria das condições de vida concreta das pessoas que alimenta o sofrimento (...).

Dante: O Outeiral pegou um conceito do Winnicott chamado *management*, que não tem a ver só com você sair com a pessoa, mas tem a ver com você cuidar da pessoa ligando pra escola, ligando pra mãe, fazendo contato de achar... tipo assim, você sabe que a pessoa tá precisando encontrar um espaço pra ele trabalhar a dimensão artística, em vez de você só ficar interpretando e falando pra ele procurar e tal, você vai atrás, você vai visitar um monte de centro artístico e falar que achou um pra ele, chamar ele pra ir junto pra conhecer, (...) tem a ver com você criar um espaço, tudo

aquilo que seria interpretação, tudo aquilo que seria um *setting* do consultório, você cria um *setting* fora (...). E isso é muito o CAPS, né.

A defesa de Tábata nesta fala era de que reforma psiquiátrica se faz em serviços públicos e não privados, justamente por ser um projeto de sociedade que visa à transformação social das relações e de condições objetivas de vida das pessoas, que alimentam o sofrimento. Concordamos com esse ponto de sua fala, visto que um dos critérios para vinculação ao CAPS é a vulnerabilidade psicossocial e, logo, há um sofrimento por, às vezes, faltar o básico para essas pessoas, como alimento e moradia. Não obstante, podemos refletir, pela fala de Dante, que há um certo modo de ser no CAPS, preocupado com questões objetivas de vida e que pode ser, à sua maneira, transposto para o consultório. O conceito de *management* (gerenciamento) proposto por Outeiral (2012) por meio de sua leitura de Winnicott, envolve uma perspectiva de, mesmo no consultório, não apenas interpretar, mas de buscar com uma postura ativa manejar situações cotidianas concretas de vida do analisante. Outeiral (2012) assevera que há ocasiões em uma análise em que se suspende o trabalho analítico para fazer algo orientado analiticamente, que é este caso do *management*. Este posicionamento vai ao encontro da compreensão de Tenório (2001) de diagnóstico situacional, exposta no item 2.2, haja vista que é a partir desse mapeamento de quaisquer variáveis envolvidas na vida do sujeito, como família e rede de apoio, que pode-se atuar sobre essas situações cotidianas concretas de vida, associadamente à escuta clínica (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993). Abre-se um espaço de atuação no consultório que é essencial, sobretudo, à psicose, com vistas ao cuidado que leve em consideração a radicalidade do impasse frente ao laço social, que se comprometa na direção da reinserção social.

Sobre a dimensão do público na psicose abordada em um capítulo desta pesquisa, Rafael citou o caso de um trabalho que foi feito com frequentadores do CAPS em uma rádio do DF.

Rafael: A ideia da rádio surgiu com uma paciente (...). Ela tem visões, ela tem uma coisa muito religiosa, então ela conversa muito com Deus, ela escreve muito sobre isso e ela recebe umas revelações e aí ela começou, foi uma produção muito grande em cima disso. Ela escreveu um livro de quase 400 páginas e fazia poesias e várias coisas e tinha uma coisa de salvar o mundo, de melhorar o mundo, de salvar as pessoas, uma coisa bem bonita assim. E aí ela queria arrumar uma rádio para difundir as ideias dela.

Assim como abordado no item 2.2, convergimos com Julien (1999) que devemos ir para além do âmbito da vida privada na psicose, caso contrário, fracassaremos. Esta asserção também justifica a análise que fazíamos anteriormente sobre a relevância de se trabalhar não

só a interpretação, mas as condições de vida de fora do consultório. Ademais, neste caso, demonstra-se como para a “paciente” indicada por Rafael, ela foi testemunha de uma mensagem de Deus, assim como Joyce (JULIEN, 1999), e criou um livro que divulgasse suas ideias publicamente como meio de se produzir como sujeito (TENÓRIO, 2001) e, por conseguinte, esta foi uma ação clínica. Essa disseminação de suas ideias, mesmo que delirantes, pela rádio e pelo livro, manifesta a busca de um reconhecimento social de si e promove acesso ao laço social, o que é primordial para o sujeito psicótico (JULIEN, 1999). Nesta discussão, é importante lembrarmos-nos que uma publicação de livro, ou participação em rádio não são em si mesmas atos terapêuticos, mesmo quando consideramos o reconhecimento social associado, já que, para cada um, singularmente, as configurações de tais ações são diferentes devido à articulação com sua história (RESENDE, 2015).

A começar pela experiência de desintegração da psicose, Clara trouxe como o trabalho da construção de um personagem pode ser integradora para o sujeito psicótico.

Clara: Eu gosto de pensar muito por imagens essas coisas da clínica, então eu percebo assim como um cuidado importante é tentar juntar as partes da experiência (...). Então, por exemplo, na oficina de teatro eu acho que isso acontece muito por meio da construção do personagem. (...) eu percebo que pra eles o personagem é muito real (...) e muito às vezes misturado com eles próprios. Então muitas vezes eu falo coisas do tipo: ah, mas claro que você vai usar quem você é para o seu personagem, mas o seu personagem é uma outra pessoa. Como que a gente faz isso? É um pouco você, mas é um pouco outra pessoa, então não precisa ser exatamente igual a você.

Examinamos como a vivência de um personagem pode auxiliar na integração da psicose por diferentes meios. Como sinalizado por Clara, a construção de um personagem que tenha elementos de si, mas que ao mesmo tempo não são eles próprios, proporciona um ambiente de transicionalidade (WINNICOTT, 1971/1992), em que a realidade e a fantasia são experimentadas simultaneamente sem que haja qualquer julgamento. O que é vivenciado como externo pode ser integrado a si, assim como o que aparece como sendo de uma interioridade, pode ser vivido como externo. Ademais, é possível pensar que em um personagem se pode resgatar uma história de vida que muitas vezes é esquecida e está com suas partes fragmentadas.

Não podemos pensar a clínica, como referimos no início deste tópico, sem levar em conta o social e a política. Tábata nos lembra fortemente do valor dessa inseparabilidade em seus posicionamentos.

Tábata: eu vejo diferenças abissais do trabalho que o CAPS faz de uma clínica privada porque assim eu acho que saúde não combina com dinheiro (...) Então já vi

paciente que tá lá há 15 anos, mas aí cortou o convênio, a pessoa não tem como pagar e no dia seguinte ela recebe uma alta administrativa. (...) No serviço privado, a prioridade é o dinheiro. E no serviço público não. (...) Então os critérios são outros. (...) eu cansei de ver nas clínicas particulares as pessoas que já eram pra ter tido alta há muito tempo, mas que ficam lá. Enquanto que no CAPS é o contrário, a gente quer que as pessoas saiam, (...) a gente trabalha realmente pela saúde das pessoas porque tem uma demanda imensa, (...) então tem até uma certa pressa que a pessoa melhore logo e saia, que é o oposto do que acontece numa clínica particular.

Tábata, ao comparar o trabalho de clínicas privadas com a saúde pública, faz uma crítica à relação que foi estabelecida entre saúde e dinheiro dentro do sistema capitalista atual. Lançamos mão da leitura de Dardot e Laval (2016) acerca do neoliberalismo como racionalidade do capitalismo contemporâneo para ressaltar a maneira como todos e tudo pode ser transformado em “nicho de mercado”. Quando levamos em consideração o campo da saúde mental, as implicações são de cunho bastante severo, em razão de que o sofrimento, nesse caso, torna-se potencialmente comercializável por meio de sua transformação em uma demanda de mercado e o cuidado passa a se resumir à oferta de serviços – desde que sejam lucrativos –, isto é, há uma mercantilização generalizada em que as iniciativas de grandes indústrias, como a farmacêutica, direcionam-se somente para atividades coerentes com a lógica lucrativa (VASCONCELOS, 2016). É um sistema que *cria* o problema e *vende* a solução, retroalimentando-se, em última instância, do sofrimento (DARDOT; LAVAL, 2016; ŽIŽEK, 2014).

Paralelamente, assistimos ao enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de políticas neoliberais de ajuste, que utilizam fundos públicos para incentivo da economia privada (VASCONCELOS, 2016). Esse processo implica “desinvestimento, sucateamento, terceirização/privatização, focalização, precarização das políticas sociais, principalmente as de caráter universal, e a perda de direitos sociais do trabalhador” (VASCONCELOS, 2016, p. 96). Se há esse dismantelamento de um lado, de outro lado, há um permanente crescimento de investimentos na saúde privada, favorecendo práticas manicomialis de internação forçada em comunidades terapêuticas conveniadas (VASCONCELOS, 2016), como expomos na contextualização sócio-histórica com a Nota Técnica de número 11/2019 (BRASIL, 2019).

Ainda em uma ponderação acerca do trabalho de clínicas privadas e públicas e discorrendo sobre o papel do dinheiro no cuidado, Tábata faz algumas afirmações.

Tábata: (...) como eu já trabalhei em muitas clínicas particulares, eu via que a relação que os pacientes tinham com os profissionais era uma relação meio bancária. Então eu vou lá comprar uma escuta. Eu vou lá comprar um grupo. Então tem uma relação de consumidor, né. (...) é um público que também tá acostumado a pagar

para receber alguma coisa, não é gente que faz. (...) Lógico que eu tô generalizando, né (...). Então o engajamento no tratamento é diferente porque tem essa lógica de comprar a coisa pronta. E já os nossos pacientes, com todas as precariedades, as limitações (...), mas é gente que faz. É gente que se você dá uma chance, se você dá uma linha, ela vai fazer um trem, né. É gente que sabe fazer e que precisa fazer porque não tem ninguém que vai fazer por eles. E são pessoas muito desqualificadas, muito maltratadas, né, e que não têm oportunidade, que não têm esse hábito de conversar, de elaborar, (...). Então assim, o fato de alguém parar e ouvir, né, aquilo é muito transformador, enquanto que pra classe média, pra classe alta, a gente já tá acostumado a ser ouvido. (...) no serviço público, assim, eu vejo que as pessoas se engajam profundamente no tratamento, às vezes muito mais do que quem tá pagando.

Em seu relato, Tábata traz uma reflexão para a clínica ao falar de um outro modo de se engajar no cuidado ofertado que transcende, em alguma medida, a relação com o dinheiro, que não necessariamente é o fato de se pagar por um “tratamento” que garantirá seu envolvimento com ele. Além disso, ela começa a sugerir que há outros modos de subjetivação, considerando o recorte de classe, que têm impactos na forma como um sujeito se implica no cuidado.

Para finalizar com os relatos dos profissionais, destacamos mais um fragmento da exposição de Tábata, que continua a discussão sobre as distintas subjetividades no que concerne ao debate de classes.

Tábata: Cê vai numa periferia, todo mundo se conhece. (...) Até a própria arquitetura, as casas são muito coladas, então as pessoas estão sempre juntas, elas pegam o mesmo ônibus (...). Na classe média, média alta, as pessoas, cada um tem seu carro, então você não é obrigada a um convívio. Já numa periferia, as pessoas são obrigadas a um convívio, isso faz parte. (...) então tem uma outra forma também de subjetividade que a gente precisa considerar nessa clínica, né. (...) isso tem um impacto na forma como as pessoas recebem (...) Então assim, acho que isso aparece no trabalho (...) e dessa abertura pro outro, da abertura pra uma ajuda, pra ajudar, pra receber ajuda. (...) Então é por isso que eu acho que é uma clínica também mais efetiva nesse sentido porque a gente não precisa estar necessariamente dentro do consultório fechadinho pra pessoa poder confiar. (...) Então é uma outra lógica de cuidado mesmo.

Destacamos, neste ponto, como as dimensões sociais, culturais e clínicas estão entrelaçadas quando pensamos no cuidado em saúde mental, de que existe uma outra lógica de cuidado e uma lógica diferente das potencialidades do fazer com o que é público. Finalizamos esta última dimensão de análise pela asserção de Freud (1921/2011) em *Psicologia das massas e análise do eu* de que basta um olhar um pouco mais aprofundado para compreender que a oposição entre psicologia individual e social que, em um primeiro momento, pode parecer grande, nada mais é do que apenas aparente, uma vez que a psicologia individual, desde o princípio é também psicologia social. Sendo assim, tomamos como

premissa básica que, por envolver necessariamente o social, toda a clínica, bem como todo o sofrimento é social e, portanto, político.

Considerando os meus diários de campo números 53 e 54 com relação à clínica-política, conto uma breve experiência que uma psicóloga me narrou a respeito de uma senhora que frequentava o CAPS. Valéria, protagonista desta história, é uma mulher que teve uma vida de muitos desafios e situações difíceis e que, depois de seus 50 anos, teve uma crise psicótica. Em determinada ocasião, foi atrás de sua família para retomar o contato, mas percebeu que sua busca não estava sendo recíproca. Passou por um momento de profunda tristeza até que, em atendimentos individuais com uma psicóloga do CAPS, decidiu contar um lado de sua história de vida que era inédito até então. Tábata, que a estava acompanhando, deu a ideia de que elas fizessem juntas um livro que contasse essa história feito com trechos de falas, colagens e desenhos.

As potencialidades deste trabalho de confecção de um livro em conjunto são inúmeras. Entre elas, destacamos como o *fazer junto* (RESENDE, 2015), que favoreceu a interlocução de Valéria com Tábata, deu a oportunidade de que a frequentadora tivesse sua história legitimada tal como ela conta – com possíveis delírios, fantasias, hipérboles e metáforas – e reconhecida por uma outra pessoa. O trabalho artístico, de criação, do uso de imagens, por exemplo, oferece alternativas diversificadas de expressão, que enriquecem a experiência do reviver sua história.

Por fim, podemos analisar essa confecção de um livro da história de Valéria como um trabalho com a psicose mais identificado com a (re)construção de uma história de vida, que atrela passado e presente (DIATKINE; QUARTIER-FRINGS; ANDREOLI, 1993), do que com interpretações. É esse trabalho de bricolagens tanto no sentido figurado, de costuras de fragmentos de uma história de vida, bem como no sentido estrito, em que são feitas colagens por meio de fragmentos de imagens e escritos, que Oury e Salignon (1986) descrevem como sendo o que fornece uma base de sustentação para a emergência do sujeito que deseja. O *holding* (WINNICOTT, 1960/1983), que é a sustentação mesma do sujeito também parece ser, portanto, uma orientação deste trabalho – que, diga-se de passagem, pode ser feito também em consultório, como a própria psicóloga afirmou.

4.2.5 Dá pra fazer

Este subitem foi inspirado no filme “Dá pra fazer” (2008) que, a partir da história de uma cooperativa social, ilustra a realidade de várias experiências italianas nos anos 80 com cooperativas sociais, onde eram oferecidos trabalhos às pessoas que haviam saído de

manicômios. Neste momento do presente trabalho, gostaríamos de destacar das entrevistas e das experiências de campo, o que “dá pra fazer” em serviços de saúde mental.

Rafael fez uma crítica à rotina do CAPS que, certas vezes, acaba por deixar para um segundo plano questões clínicas envolvidas no cuidado.

Rafael: Porque o que acontece muito nas oficinas é que a pessoa fez um pacote, participa e tal, mas não tem muito pensamento clínico sobre o aquilo que tá sendo feito. Não que não funcione ou não tenha um valor terapêutico, tem. Mas as pessoas não tão, acho que elas não têm nem tempo de estar analisando com os pacientes o que é que tá acontecendo transferencialmente, não só com a transferência com o CAPS, tem que pegar medicação, mas as pequenas coisas, o que tá acontecendo, porque a pessoa tá escolhendo aquele instrumento e não outro, porque o cara toda a vez que ele vai fazer uma caminhada ele conversa com tal pessoa, vai na frente, vai atrás. Essas pequenas coisas vão passando batido né, mas enfim é uma retomada que a gente tem que ter mais também, né.

Considerando a realidade de um CAPS que atende a mais do que o quádruplo de pessoas que foi idealizado para atender, é realmente complicado que sejam realizadas análises clínicas de aspectos de cada um dos frequentadores pelos profissionais que coordenam as oficinas em grupo. Todavia, existem residentes, estagiários e extensionistas que estão e outros que poderiam estar, na medida do recorte do cotidiano que acompanham, realizando este trabalho. Em alguns momentos da minha vivência com esses outros estudantes, residentes e profissionais, pude perceber que muitos deles não entendem como a convivência é uma estratégia de cuidado (RESENDE, 2015) e acabam por negligenciar momentos que poderiam ser extremamente fecundos para uma leitura clínica da situação. Como consequência, parece se fazer uma separação entre a convivência, a clínica e a produção.

Para exemplificar essas concepções, trago algumas reflexões de meus diários de campo. No diário de campo número 26, me chama atenção um profissional que, em um grupo de arte e expressão, no lugar de *fazer junto* (RESENDE, 2015) com os frequentadores as atividades propostas, coloca-se na posição de observador externo da atividade, passando pelos frequentadores como que para verificar o que cada um está fazendo. Quando nota que um ou outro não está fazendo a (única) atividade sugerida, insiste repetidamente para que o faça, sem *deixar* que o outro *seja* (RESENDE, 2015).

No diário de campo número 38, por sua vez, um residente em uma oficina de atividades manuais inicia um grupo de colagem com a intenção de produzir imagens com escritas em forma de “livretos”. Ao perceber que alguns frequentadores não querem escrever sobre suas colagens e que durante a atividade passam a contar histórias de suas vidas, comenta comigo algo nesse sentido: “já que o grupo não está dando certo como produção,

vamos fazer dele um grupo para trabalhar questões clínicas”. Reparamos que, nesta ocasião, o residente opera uma separação entre o que diz respeito à produção e o que é clínico. Entendemos que, de fato, há grupos mais voltados à confecção de produtos do que a questões entendidas tradicionalmente como clínicas, como um grupo de fala, mas o que parece ter sido esquecido nesta circunstância é que, mesmo com os frequentadores falando sobre si, estava havendo uma produção – diferente da que o residente havia planejado em um primeiro momento – e que, para além disso, é possível um olhar clínico pela convivência mesmo quando as pessoas estão produzindo algo. É preciso romper essas barreiras pois, por mais óbvio que pareça, convive-se mesmo em oficinas que não são chamadas de convivência e realiza-se escuta clínica, mesmo em grupos não destinados à fala e à escuta.

Sendo assim, seja por meio de momentos de supervisão com profissionais do serviço, seja por intervisões entre estagiários, residentes e extensionistas, ou outros meios, é preciso pensar em mecanismos que *deem para fazer* esse resgate da clínica pela convivência no cotidiano.

Quando perguntei se haveria alguma outra estratégia de cuidado para a psicose que não havia sido falada, Tábata e Clara responderam como sendo o acompanhamento terapêutico, que já foi realizado anteriormente no serviço, mas que não é uma prática atual.

Clara: Ah, eu pensei no AT, né, que é uma coisa que a gente consegue fazer pouco aqui, gostaríamos de fazer mais, mas que eu acho que é um instrumento importantíssimo pro cuidado da psicose, exatamente porque pode transitar ainda mais nesse território e acho que é uma espécie de apoio psíquico pro habitar do mundo. Eu acho muito rico o trabalho então a gente já pensou várias vezes em fazer um grupo de AT, tem mais é falta de tempo porque até tem os alunos que poderiam estar fazendo isso. Vai da gente organizar pra a gente poder investir, sempre tem experiências que acontecem e que já foram muito ricas, tanto de AT na rua quanto de AT na casa da pessoa também. Tinha uma pessoa que ia toda a semana na casa de uma usuária aqui do CAPS e foi um trabalho muito importante, então volta e meia a gente dá conta também, mas acho que é algo que pode até se ampliar mesmo.

Ambas as profissionais destacaram as limitações para se realizar um acompanhamento terapêutico no CAPS: desde falta de verbas governamentais e falta da figura do acompanhante terapêutico como um integrante no corpo da secretaria de saúde, até a grande demanda na rotina do serviço. Paralelamente, as duas psicólogas relataram já ter havido a experiência de grupos de AT e ressaltaram como sendo uma modalidade de cuidado que *dá pra ser* implementada no serviço, restando saber de que forma fazê-lo. Imaginamos que tanto residentes, como estagiários e, a depender, extensionistas, podem vir a estar realizando tal atividade com supervisão de profissionais do próprio serviço em parceria com supervisores-professores em universidades e faculdades.

A última estratégia de cuidado a ser aprimorada no CAPS foi a dimensão do trabalho na psicose, explicitada por Tábata.

Tábata: Mas outras coisas que eu acho que a gente precisa se aprofundar é, por exemplo, a relação dos psicóticos com o trabalho, que eu acho que é ainda um nó. Quando a gente fala de reabilitação social esbarra nisso. Que tipo de mercado de trabalho que vai acolher essas pessoas? Então eu vejo que isso é algo que a gente precisa pensar nesse cuidado porque o trabalho também é um cuidado. Enfim, a gente tem um mercado de trabalho absolutamente adoecedor, escroto, e enfim horroroso, competitivo e que os nossos pacientes estão fora dessa competição. (...) Eu tava até lembrando da experiência lá de Campinas, que também lembrei muito da experiência de Trieste das cooperativas sociais, então eu acho que esse é outro tipo de cuidado, outra estratégia de cuidado que a gente precisa desenvolver das relações de trabalho (...) mais cooperativas, mais solidárias e que não é pautada numa competição, né. E eu acho que a gente tá num momento que é mundial, mas no Brasil, especialmente, que a gente precisa sim se debruçar pra pensar em novas relações de trabalho, em novas formas de trabalho porque isso é uma urgência. Porque como a gente tá hoje, o mercado formal, a forma tradicional de trabalho, é um mundo que a gente tá produzindo vitoriosos e fracassados. Então tem os vitoriosos que conseguem o trabalho e os fracassados, que é grande parte das pessoas, que não tem espaço porque os vitoriosos destruíram eles para conseguir um espaço no trabalho. (...) Então eu acho que esse também é um cuidado que a gente pode ter com a psicose, de pensar ambientes de trabalho mais acolhedores e que não trabalham nessa lógica do mata-mata, né, do melhor e do pior (...). Então essas oficinas, elas acolhem sim essa coisa meio delirante, faz parte, né (...). O importante é que elas tão lá dando conta de trabalhar, ganhando sua grana aí um fica doido lá, tem uma crise, aí o outro vai fazer o trabalho dele. Quando ele melhorar, ele vai fazer o trabalho de outro que entrou em crise e vão dividir os lucros. (...) Então é uma forma de trabalho, de cooperação, que é absolutamente possível. Só que ninguém vai ficar rico, ninguém vai ficar milionário. *As pessoas vão viver, né, mas todo mundo vai viver.*

Tábata faz uma crítica social acerca das relações de trabalho atuais, baseadas em uma lógica neoliberal de competitividade (DARDOT; LAVAL, 2016). Ela conta de uma experiência que teve em oficinas de trabalho em Campinas, onde havia uma loja de “coisas lindíssimas” (*sic*), em que tanto a produção quanto a gestão era realizada por usuários de um serviço de saúde mental. Houve uma ocasião da chegada de uma moça para trabalhar com vitrais que, logo nos primeiros momentos de manuseio de vitrais, cortou-se e se desesperou, “entrando em pânico e chorando muito” (*sic*). A reação dos outros trabalhadores foi, tranquilamente, ajudá-la com o corte e acalmá-la, diferentemente do que ocorreria em uma situação do mercado formal tradicional, em que provavelmente, ela não seria contratada. Com o passar do tempo, Tábata acompanhou o trabalho desta moça e, depois de alguns meses, ela havia produzido “dois abajures lindos” (*sic*), mostrando-se uma artista que, provavelmente, se estivesse no mercado formal não teria nem tido a oportunidade de ser descoberta.

Entendemos que modelos socioeconômicos, mais do que configurar sistemas de produção e de consumo, favorecem formas de existência, subjetividades (DARDOT; LAVAL, 2016). Estes autores apontam que a lógica do mercado, fundamentada na

concorrência e na competitividade, passou a reger relações, sejam elas econômicas ou interpessoais. Sendo assim, analisamos como que, na situação ora exposta, bem como no recorte da fala de Tábata, essa lógica do “*ou um ou outro*” passa a ser substituída pela noção de cooperação, em que é possível ser “*um e outro*”.

Tábata também discorre sobre a necessidade de se superar a lógica da caridade, que muitas vezes vigora quando se trata da compra de trabalhos feitos por frequentadores de um serviço de saúde mental. Enfaticamente, a profissional se coloca: “Comprar de uma pessoa só porque você fica com dó dela; que cuidado é esse?! Isso não é cuidado!” (*sic*). Há verdadeiros artistas no CAPS em que estagiei e pessoas que sabem fazer trabalhos com muito mais destreza do que os próprios coordenadores de grupos. Trata-se, assim como no filme “Dá pra fazer”, de identificar funções em um trabalho baseadas nas potencialidades e diferenças de cada um, como ratifica Resende (2015), resguardando que, simultaneamente, é fundamental não perder de vista suas necessidades e limites, que é o que “*não dá pra fazer*”.

Gostaria de expor sucintamente uma conversa que tive com o frequentador do CAPS, Tupã, após um episódio do dia de seu aniversário, que relatei no meu diário de campo número 52. Fizemos uma comemoração, em que todas as pessoas que estavam no serviço naquela ocasião participaram. Entre os presentes que Tupã ganhou, estava uma caixa de chocolates que, assim que ele recebeu, abriu e compartilhou com cada um dos participantes. Depois deste evento, estávamos conversando sobre a saída dos residentes daquele serviço e, em determinado ponto, quando comentei sobre o que havia ocorrido na comemoração, ele logo se manifestou, dizendo: “*se um come, todo mundo come*” (*sic*). Exponho esta situação neste tópico, visto que o que está em jogo é uma ética-política análoga ao que Tábata evidenciou: “*As pessoas vão viver, né, mas todo mundo vai viver*”, na qual são criadas relações em que é possível que todos saiam ganhando frente a um cenário que, constantemente, vai na contramão.

4.3 Interpretação/Reinterpretação

Com base nas análises sócio-histórica e formal, bem como nos capítulos teóricos, destaco alguns pontos deste trabalho que me chamaram a atenção. Em primeiro lugar, quando a clínica do CAPS é o que está em pauta, não temos como nos furtar – e não deveríamos mesmo na clínica tradicional de consultório – da dimensão sociopolítica do sofrimento de quem procura o serviço. É evidente, no caso de Tupã, por exemplo, que, por mais que existam questões relativas ao psíquico a serem trabalhadas, a falta de moradia é a fonte de seu maior sofrimento e, do lado de quem cuida, nossa impotência é escancarada nesses momentos.

Contudo, uma fala de Tábata que me mobilizou profundamente é sobre como, mesmo com as precariedades e as incontáveis vulnerabilidades sociais dos frequentadores do serviço, ainda há a possibilidade de posicionamentos criativos frente a essas realidades. É justamente uma vida de dificuldades, em que desde cedo se “teve que fazer”, que é transformada em potencialidade, na qual o cuidado, por mais pontual que seja, pode trazer grandes efeitos para o sujeito por seu engajamento no processo.

Esses saltos que operam mudanças inimagináveis, em um primeiro instante, na vida das pessoas são o que me fazem acreditar nesse tipo de trabalho que um CAPS realiza. Além disso, conhecer profissionais comprometidos em seus relatos e em suas ações com uma reforma psiquiátrica como um projeto de sociedade, como uma reforma social, situa-me em posição de refletir sobre as possibilidades de minha própria prática no que diz respeito ao que *dá pra fazer*. Assim sendo, neste contexto de imensuráveis retrocessos nos mais diversos âmbitos, sonhar com a construção de relações de trabalho mais horizontais que, no lugar de competir, cooperar seja o bordão, é um privilégio que me afeta fortemente em minha atuação, uma vez que iniciei o curso de psicologia por uma grande insatisfação com a minha primeira formação e com o mercado de trabalho com o qual me deparei.

Sobre a psicose, em particular, meu maior aprendizado foi como esse modo de ser no mundo é o que nos ensina como cuidar. Ao desenvolver um trabalho orientado pelas necessidades do sujeito (DIAS, 2008), em que se escuta o outro em suas palavras ou por quaisquer outros meios, nosso olhar acaba por ser forçado a se ampliar, indo além da interpretação, para uma clínica mais aberta, mais ampliada, mesmo quando ela é realizada entre quatro paredes.

Nesse sentido, parece-me haver mais alternativas clínicas na psicose, do que trabalhar apenas no sentido da elaboração de uma metáfora delirante (CALLIGARIS, 2013). Um cuidado que tem o corpo como espaço privilegiado de atenção requer uma abertura não só para uma escuta clínica diversa, mas também para outras possibilidades interventivas. Dante aponta na direção de caminhos de intervenção que vão de corpo a corpo e que não passam necessariamente pela fala: como um balanço, um olhar, um gesto. Tenório (2001) indicou os variados trabalhos que se pode fazer com um sujeito psicótico. O que se deve ter em mente em qualquer uma dessas opções é a oportunidade dada ao sujeito psicótico de um lugar social, em que ele possa circunscrever, por meio desse trabalho, os termos de sua existência (TENÓRIO, 2001).

Ademais, levar à radicalidade essa escuta que ultrapassa palavras e que diz de necessidades do sujeito, de “ir onde o sujeito está”, faz com que repensemos o próprio

cuidado com a neurose, uma vez que, além das diferentes estratégias de elaboração, que são singulares, as estruturas ou as dinâmicas de funcionamento psíquico não são estanques ou separadas por barreiras rígidas. Portanto, é essencial para quem cuida a sensibilidade a cada momento de um processo de cuidado, seja ele um caso de neurose ou de psicose, seja ele realizado em uma instituição ou em um consultório.

Nessa mesma linha, ressalto que, a despeito de uma análise estar sendo realizada em consultório particular, nem todos os momentos da clínica são de análise tal como Freud formulou. Se partirmos do próprio ensinamento freudiano, é preciso, caso a caso, ponderar o que está funcionando em sua clínica e, no caso de algo não estar, repensar quantas vezes for necessário sua própria atuação. Neste ponto, Lacan (1954/1997) nos auxilia com sua asserção de que a resistência é sempre do analista e, por conseguinte, deve ser trabalhada.

A transferência na psicose, noção que quis trabalhar desde a idealização deste estudo, também se mostrou como uma das extensas potencialidades do trabalho de um CAPS. Seu aspecto multirreferencial tem inúmeros desdobramentos. Entre eles, destaco as vantagens tanto para o frequentador, figura central do cuidado, quanto para a equipe. Nas entrevistas, um elemento que apareceu foram as limitações do cuidador em determinadas circunstâncias transferenciais. Posto isso, a transferência dissociada favorece com que, nos casos em que essas limitações surjam como impedimentos, certo frequentador não seja desassistido, já que é possível que outra pessoa da equipe entre em cena. Outrossim, entendo que a transferência multirreferencial e para com o território é o que permite com que a própria territorialização e a autonomia do frequentador se efetivem.

No que concerne à territorialização, transferir para diferentes pessoas que frequentam o serviço, para outras pessoas que habitam o território e para coisas e lugares de seu território, possibilita um habitar novo em um lugar, muitas vezes, antigo. Já no que tange à autonomia, pode ser feito um trabalho de direcionar um investimento que, em alguns casos, é total e maciço em uma instituição, pessoa, lugar ou coisa para investimentos parciais e múltiplos. A criação de redes solidárias (RESENDE, 2015), de grupos de ajuda e de suporte mútuo (VASCONCELOS, 2013), podem vir como resultados dessa transferência que articula território e autonomia como a dependência não de determinações únicas e totalizantes, mas de diversos lugares, pessoas, coisas e instituições (KINOSHITA, 2001; LEAL, 2001).

Por este ser um trabalho que envolve psicanálise e saúde mental, cabe, neste momento, diferenciar o trabalho de psicanálise do trabalho de psicanalista. Segundo Green (2002), o trabalho de psicanálise é o de consultório privado, podendo ele ter variações técnicas pontuais ou permanentes. O trabalho do psicanalista, por sua vez, é aquele que se realiza em outros

espaços, como em instituições, logo, é este o trabalho que acontece em um CAPS. Em um contexto ou outro, o que orienta a prática psicanalítica, é uma articulação entre técnica e ética, que diz de uma postura fundamental de abertura à escuta do outro e que propicie a emergência deste outro em sua radical alteridade, que é a alteridade do inconsciente (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR; 2008).

Por fim, após a experiência de estágio em um CAPS, envolvendo supervisões dentro e fora do serviço, as entrevistas que tive a oportunidade de participar com pessoas que passei a admirar imensamente, a realização desta monografia, depois de ter *convivido* com os profissionais e, sobretudo, com os frequentadores deste serviço, afirmo seguramente ser impossível retornar a meu (breve percurso de) clínica de consultório e à *minha vida cotidiana* da mesma maneira; penso ter se tratado, para mim, de um verdadeiro *encontro* (OURY, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, tivemos como objetivo geral compreender os desdobramentos para a clínica de um modo de cuidado com o sofrimento psicótico feito de forma territorializada, em serviços comunitários, em movimento e em equipe, tomando o corpo como espaço privilegiado de atenção, a partir de um referencial psicanalítico. Consideramos que tal propósito foi alcançado, dado que tanto o referencial teórico, quanto as entrevistas com os profissionais e a experiência de campo, trouxeram reflexões para a clínica das psicoses que, mesmo em um contexto de consultório, pode se ampliar. Buscamos, com a análise, levantar as categorias que mais se sobressaíram nas entrevistas e nos diários de campo, de modo que foi possível investigar como alguns aspectos da política da reforma psiquiátrica se desdobram nas relações do serviço e quais são as implicações para repensar a clínica tradicional de consultório.

Como objetivo específico, almejamos compreender como as possibilidades de vínculo transferencial no cuidado com a psicose poderiam favorecer a reinserção do usuário na comunidade. Julgamos que trabalhamos este objetivo ao longo de todo texto e, principalmente, ao nos debruçarmos sobre as categorias “a transferência” e “o território”, em suas relação mútuas, também exploradas na reinterpretação.

Ainda outro objetivo específico delimitado nesta pesquisa foi de analisar os impactos do cuidado diferenciado com a psicose em serviços comunitários para a teoria psicanalítica. Entendemos que o referencial orientador de toda esta monografia foi o psicanalítico, o qual buscamos ocasionar diálogos entre diferentes perspectivas em termos de literatura, abordagem e modo de trabalho, no intuito de gerar tensões no sentido de repensar a própria teoria em suas potencialidades e limitações.

Mais do que fornecer soluções unívocas para os problemas e as contradições encontradas, pensamos que nossa contribuição é de suscitar discussões para reflexões e práticas que se renovem e que deem amplas possibilidades de atuação. Assim como qualquer intervenção em psicanálise, o eixo norteador desta pesquisa foi pôr a teoria e a prática em movimento. Parafraseando Ana Cristina Figueiredo (1996): assim como a interpretação, uma pesquisa não deve visar necessariamente à causa, ao porquê, mas deve causar algo.

Recomendamos que outros estudos sejam realizados com este vasto tema de saúde mental e psicanálise, principalmente relativos ao cuidado com a neurose nos CAPS. Dois entrevistados pontuaram a mudança de perfil do CAPS nos últimos anos, em que, de frequentadores, homens com sofrimento psicótico, o serviço passou a atender mais mulheres neuróticas com demandas referentes à violência doméstica e a depressões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AB'SABER, Tales; ZAIDEN, Aldo. Clínica aberta de psicanálise: política imanente da clínica. Em: BROIDE, Emília; KATZ, Ilana. (Orgs.) **Psicanálise nos espaços públicos**. São Paulo: IP/USP, 2019.

ALMEIDA, Beatriz Helena Martins de. Fazer-se um nome no público: a dimensão do público nas psicoses. **Stylus (Rio de Janeiro)**, n. 31, p. 41-52, 2015.

AUGÉ, Marc. **Não-lugares**. Papirus Editora, 1994.

AULAGNIER, Piera. **El sentido perdido**. Trieb, 1980.

BERGER, Eliane. Acompanhamento terapêutico: invenções. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. (pp.83-100). São Paulo: EDUC, 1997.

BIRMAN, Joel. O mundo como errância e catástrofe. Em: RIBEIRO, Alessandra Monachesi. (Org.) **Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses**. Via Lettera Editora e Livrar, 2007.

BRAGA, Filipe Willadino. **A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2012.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06 abr. 2001.

_____. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, no 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica número 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>, 2019.

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.** Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico.** Rio de Janeiro: Forense, 1978.

CARVALHO JÚNIOR, Antônio Carlos Nunes de. **Psicose, corpo e capoeira: um estudo teórico-clínico.** Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2019.

DÁ PRA FAZER. Direção: Giulio Manfredonia. Itália: Warner Bros, 2008 (107m).

DARDOT, Pierre & LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos.** Campinas, Papirus, 3a ed, 2006.

DIAS, Elsa Oliveira. A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. **Natureza humana**, v. 10, n. 1, p. 29-46, 2008.

DIATKINE, René; QUARTIER-FRINGS, Florence; ANDREOLI, Antonio. **Psicose e mudança.** Casa do Psicólogo, 1993.

DUNKER, Christian. “Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM”. Em: KRYLLOS NETO, Fuad; CALAZANS, Roberto. (Orgs.) **Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM’s**”. Barbacena: EdUEMG, 2012.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV-breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, 2011.

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica e pesquisa. **Clínica e pesquisa em psicanálise**, p. 19-35, 2000.

_____, Luciano. **O conceito de sujeito**. Zahar, 2004.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Por uma psicanálise possível nos serviços de saúde mental. **Cadernos IPUB**, n. 3, p. 99-109, 1996.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. Pensar, escutar e ver na clínica psicanalítica. Uma releitura de “Construções em análise”. **Percurso**, v. 16, p. 81-89, 1996.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, 2006.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio, COELHO JÚNIOR, Nelson. **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. In: **O Caso Schreber, Artigos Sobre a Técnica e outros trabalhos**, v. 12. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1912).

_____. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**. Edição Standard Brasileiras das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 6, Imago, 1996. (Obra original publicada em 1901).

_____. Neurose e psicose. In: **O Ego e o Id e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. 19, p. 162-213, 1996. (Obra original publicada em 1924).

_____. Dois Verbetes de Enciclopédia. In: **Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1923).

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Um Caso de Histeria, Três Ensaios Sobre a Sexualidade e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago, v. 7, 1996. (Obra original publicada em 1905).

_____. Recomendações aos Médicos que Exercem Análise. In: **O Caso Schreber, Artigos Sobre a Técnica e outros trabalhos** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1912).

_____. Construções em análise. In: **Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 23, 2006. (Obra original publicada em 1937).

_____. Observações Psicanalíticas Sobre um Caso de Paranoia Relatado em Autobiografia (“O Caso Schreber”). In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos Obras Completas de Sigmund Freud**. Obras completas, v. 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Obra original publicada em 1911).

_____. Observações sobre o amor transferencial. In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos**. Obras Completas, v. 10. Tradução: Paulo César de Souza. Companhia das Letras, 2010. p. 159-172-199. (Obra original publicada em 1915).

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: FREUD, Sigmund. **O Eu e o Id, “Autobiografia” e Outros Textos (1923-1925)**. Obras completas. Vol. 16. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras, 2011, p. 193-199. (Obra original publicada em 1924).

_____. Psicologia das massas e análise do eu. In: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos. **Obras Completas**, v. 15. Tradução: Paulo César de Souza. Companhia das Letras, 2011, p. 13-113. (Obra original publicada em 1921).

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-caps/>>, 2018.

_____. **Relatório de Atividades – 2017: Prestação de Contas Anual do Governador**. Anexo IV. Disponível em <http://www.seplag.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/2017-Relat%C3%B3rio-de-Atividades-_atualiza%C3%A7%C3%A3o-31.01.19.pdf>, 2017.

GOULART, Daniel Magalhães. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade de Brasília, 2013.

_____, Daniel Magalhães. **Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito**. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Brasília, 2017.

GREEN, André. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2008.

IRIBARRY, Isac Nikos. **O que é pesquisa psicanalítica?**. Agora: Estudos em teoria psicanalítica, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003.

JANUÁRIO, Livia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psicologia Clínica**, v. 22, n. 1, p. 57-70, 2010.

JULIEN, Philippe. As psicoses: um estudo sobre a paranoia comum. **Rio de Janeiro: Companhia de Freud**, 1999.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 55-59 2001.

LACAN, Jacques. (1954). **O Seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

_____, Jacques. **O seminário, livro 23: o sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007. (Obra original publicada em 1976).

LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. **São Paulo: Hucitec**, v. 3, 2006.

LEAL, Erotildes Maria. “Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira”. In: FIGUEIREDO, A. C. CAVALCANTI, M. T.(Org.). **A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental - Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, v. 1, p. 69-83, 2001.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 137-154, 2007.

LECOURT, Dominique. **Humano Pós-humano**. A técnica e a vida. Tradução: Luiz Paulo Rouanet. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 20, n. especial (1999), p. 130-142, 1999.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso; DAL PRÁ, Keli Regina. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104, jan/jun, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Editora Hucitec Ltda., 1997.

_____. **Experiências da loucura**. Editora Garamond, 2001.

_____. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios** (Vol. 21). Editora Garamond, 2003.

MEZAN, Renato. A querela das interpretações. In: MEZAN, Renato. **A vingança da esfinge: ensaios em psicanálise**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

MIRANDA, Lilian; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1153-1162, 2010.

MOTA, Amanda de Oliveira. **O teatro como palco para o self: Entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2013.

_____, Amanda de Oliveira. **As formas da alma: psicanálise, estética e criação**. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2018.

MOURÃO, Renata Fernandes. **O real e a realidade na psicose à luz de Bion**. Monografia apresentada à Faculdade de Psicologia, Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), 2018.

NEVES, Tiago Iasawa. **Dimensões da cura em psicanálise: clínica, política e transformação**. Curitiba: CRV, 2018.

OURY, Jean. Transfert, multiréférencialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. **Cahiers de psychologie clinique**, n. 2, p. 155-165, 2003.

_____, Jean. **O Coletivo**. Tradução Antoine Ménard, Clara Novaes, Karina Soares Montmasson e Máira Uehbe Dubena. São Paulo: Hucitec, 2009.

OURY, Jean; SALIGNON, Bernard. **Rythme et Présence, Jean Oury, 1986.** 1986. <hal-01132994>.

OUTEIRAL, José. **Atendimento psicanalítico de adolescentes.** São Paulo: Zagodoni, 2012.

PALOMBINI, Analice de Lima. **Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento.** Rio Grande do Sul: UFRGS Editora, 2004.

_____. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, v. 10, n. 18, 2006.

QUINET, Antonio. **A psicose e o laço social – esquizofrenia, paranoia e melancolia.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editores, 2006.

RENAUT, Alain. **O indivíduo: reflexão acerca da filosofia do sujeito.** Rio de Janeiro: DIFEL, 1998.

RESENDE, Tania Inessa Martins de. **Perlaboração: trabalho do tempo e alteridade em psicanálise.** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 1999.

_____. **Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental.** Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, 2015.

RESENDE, Tania Inessa Martins de; COSTA, Ileno Izídio da. **Saúde mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica.** Curitiba: Juruá, 2017.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. **Em busca de um lugar: itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses.** Via Lettera Editora e Livrar, 2007.

ROLNIK, Suely. Clínica nômade. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico.** (pp.83-100). São Paulo: EDUC, 1997.

ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, 2010.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, v. 1990, p. 17-59, 1990.

SAFATLE, Vladimir. **O que é uma normatividade vital?** Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiæ studia*, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

_____. **O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

SAFATLE, Vladimir; FRANCO, Fábio; CASTRO, Julio Cesar Lemes de; MANZI, Ronaldo; AFSHAR, Yasmin. **O utilitarismo britânico e a gênese disciplinar do sujeito liberal**. Retirado de: Reunião aberta do Latesfip - Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise, 2016. Disponível em: <https://latesfip.files.wordpress.com/2015/07/latesfip_utilitarismo.pdf>

SANTOS, Kwame Yonatan P.; DIONÍSIO, Gustavo Henrique; YASUI, Silvio. O sujeito-comprimido. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, p. 103-112, 2012.

TAFURI, Maria Izabel; SAFRA, Gilberto. O que pode o corpo de uma criança autista?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, 2016.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rios Ambiciosos, 2001.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, p. 25-59, 2002.

THOMPSON, John. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Petrópolis: Vozes, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Manual de ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores, e profissionais de saúde mental.** Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

_____. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social.** Papel Social, 2016.

WINNICOTT, Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Obra original publicada em 1965).

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: **Textos selecionados – da Pediatria à Psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1958. (Obra original publicada em 1954).

_____. Psicoses e cuidados maternos. In: **Textos selecionados – da Pediatria à Psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1958. (Obra original publicada em 1952).

_____. Teoria da relação paterno-infantil. In: **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artmed Editora, 1983. (Obra original publicada em 1960).

_____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1992. (Obra original publicada em 1971).

ZGIET, Jamilla. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo sobre os principais obstáculos ao processo de implementação.** Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2010.

ŽIŽEK, Slavoj. **Violência: seis reflexões laterais.** Boitempo Editorial, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O cuidado na psicose: reflexões para uma clínica ampliada à luz da psicanálise

Instituição das pesquisadoras: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Pesquisadora responsável: Tania Inessa Martins de Resende

Pesquisadora assistente: Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Natureza e objetivos do estudo

O objetivo geral desta pesquisa é compreender os desdobramentos para a clínica de um modo de cuidado com o sofrimento psicótico feito de forma territorializada, em serviços comunitários, em movimento e em equipe, tomando o corpo como espaço privilegiado de atenção, a partir de um referencial psicanalítico.

Você está sendo convidado a participar, pois enquadra-se nos seguintes critérios de seleção: ser profissional psicólogo(a) servidor(a) público(a) de um serviço substitutivo de saúde mental do DF.

Procedimentos do estudo

O procedimento visa, a partir de um roteiro de perguntas, realizar uma entrevista semiestruturada, que será gravada em áudio, a respeito de sua experiência como profissional da saúde no cuidado com a psicose. Após essa etapa, a entrevista será transcrita pela pesquisadora assistente e analisada a partir de uma abordagem qualitativa.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

A pesquisa será realizada em local que será da escolha do participante, sendo a instituição UniCEUB uma opção.

Riscos e benefícios

Este estudo possui riscos mínimos. Há a possibilidade de conteúdos afetivos venham à tona durante as entrevistas ou que você não se sinta confortável em compartilhar alguma questão relativa a seu trabalho.

Medidas preventivas serão tomadas durante as entrevistas para minimizar qualquer risco ou incômodo: as entrevistas serão conduzidas da maneira que participante possa se sentir confortável e à vontade para se expressar.

Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo e como já informado, pode abandoná-lo a qualquer momento.

Sua participação poderá ajudar no maior conhecimento acerca dos desdobramentos de um cuidado com a psicose feito em um serviço comunitário, de forma territorializada, em movimento e em equipe, tomando o corpo como espaço privilegiado de atenção, para a clínica em suas diferentes modalidades de vínculo transferencial.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Sua participação deve ocorrer de forma voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.

Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Despesas e Ressarcimento

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Este estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante.

Confidencialidade

Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.

Os dados e instrumentos utilizados nas entrevistas ficarão guardados sob a responsabilidade de Danielle Christine Vasconcelos Chauvet, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com a pesquisador responsável, através do e-mail taniainessa@gmail.com. Para outras questões, entre em contato com a pesquisadora através do e-mail: dcchauvet@gmail.com.

Eu, _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo. E tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios implicados, concordo em dele participar e para isso dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Participante

Danielle Chauvet, pesquisadora assistente - dcchauvet@gmail.com

Tania Inessa Martins de Resende, pesquisadora responsável/taniainessa@gmail.com

Endereço dos responsável pela pesquisa:

Instituição: Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Endereço: SEPN, 707/907 Via W 5 Norte

Bairro /CEP/Cidade: Asa Norte – DF/ 70790-075

Telefones p/contato: [\(61\) 3966-1383](tel:(61)3966-1383)

Contato de urgência: Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

Domicílio: SQN 309

Bloco: /Nº: /Complemento: Bloco N ap. 101

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Asa Norte – CEP 70755-140, Brasília, DF/(61) 99649-7514

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1. Relate sobre sua experiência como psicóloga(o) no serviço de saúde mental que você trabalha.
2. O que você pensa sobre a forma de cuidado proposta pelo serviço?
3. Como você entende que seja um modo de cuidado adequado ao sofrimento do tipo psicótico?
4. Como você percebe a transferência com a psicose em um serviço comunitário, no modelo de um CAPS?
5. Como você entende a diferença de um trabalho com a psicose em um CAPS de um feito em *setting* clínico tradicional?
6. Que estratégias você pensa que favorecem o cuidado na psicose?
7. De que forma um serviço territorializado contribui para a inserção social quando se trata do sofrimento psicótico?
8. Como você pensa o papel do corpo no trabalho com a psicose? E o cuidado que se dá em movimento, como em oficinas de caminhada, de artesanato ou música, por exemplo?
9. Quais as implicações da oferta de um cuidado que se dá “de portas abertas”, ou seja, aberto para toda a comunidade?
10. Como é para você trabalhar em equipe? Quais as implicações dessa forma de trabalho para o cuidado na psicose?