

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas -

Programa de Aprimoramento em Saúde Mental

AS FORMAS-CLÍNICA

**Na busca de fronteiras entre as experiências em
um Ambulatório de Saúde Mental e em uma
Unidade de Saúde da Família**

Trabalho apresentado como exigência
para conclusão de Aprimoramento Profissional
FUNDAP em Saúde Mental

Juliana Aline Pacheco

SUMÁRIO

Misturando para começar _____	02
A Análise Institucional e algumas ferramentas conceituais _____	04
Os dispositivos clínicos no bojo da produção coletiva de subjetividade _____	05
A clínica que chamamos institucional _____	06
Clínicas... algumas experimentações conceituais _____	08
Experiências e experimentações	
<i>Pulos de um Ambulatório para o Apoio Matricial (e vice-versa)</i> _____	11
Esboçando fronteiras... borrando limites _____	15
ANEXO I – Um <i>caso ambulatorial</i> _____	18
Referências bibliográficas e bibliografia consultada _____	25

Misturando para começar

Início este trabalho partindo de inquietações antigas, discussões teóricas e uma recente experiência de trabalho na rede pública de Saúde Mental do município de Itatiba. Esta “mistura” de dimensões pessoais, teóricas e práticas não é apresentada no início deste trabalho *aleatoriamente*, ela fala de uma postura que irá atravessar todas as reflexões aqui apresentadas e que será melhor discutida a seguir.

O presente ensaio se dispõe a discutir algumas questões relacionadas ao que optamos – junto com outros autores – por denominar de *clínica institucional*. Assim, quando apresento a gênese deste trabalho como uma mistura de muitas dimensões começo a apontar uma postura que nos fará refletir sobre a clínica de um ponto de vista singular: aquele que entende a clínica como uma *instituição*, inserida e exercida em diversos possíveis *estabelecimentos* e em constante diálogo com o *coletivo* e as *produções de subjetividade* que nele se dão.

A “mistura” (prática, teoria, afetos...) não é, aqui, apenas uma necessidade imposta pela vivência, muitas vezes confusa, de escrever sobre uma experiência mas uma postura epistemológica e também clínica.

Já há muitos anos se faz dominante um modo de produção da vida que investe na individualização e sectarização. Criam-se, assim, diversas “*querelas*” que ainda hoje encontram-se mal resolvidas: público/ privado, indivíduo/ sociedade, mente/ corpo etc. No âmbito dos saberes *psi* vemos a reprodução desta *briga de vizinhos* no que teimam em chamar de *prática clínica* e *práticas sociais* e outras derivações como clínica *versus* prevenção, política *versus* subjetividade ...

Nos serviços de saúde coletiva e nas reflexões teóricas que os rodeiam e envolvem constatamos um déficit na discussão das questões clínicas específicas a cada tipo de estabelecimento de saúde (ONOCKO, 2001). Este fato não é gratuito. Historicamente posicionados do “lado” *social-político-gestor*, o pensamento hegemônico na saúde coletiva não pôde se desvencilhar das *velhas querelas* de um modo sectário de produzir a vida e o conhecimento.¹

Este trabalho busca, a partir de uma discussão sobre a clínica enquanto *instituição*, afirmar um outro modo de produzir conhecimento e práticas – já apontado por diversos autores como Michel Foucault, Félix Guattari e Gilles Deleuze – que ajude-nos a deixar para

¹ É claro que tal posicionamento não nasce *à toa*; ele diz de uma luta entre forças conservadoras e reformistas que, em determinado contexto histórico, impuseram a necessidade de *envergar a vara* para um lado para que algo mudasse no pensamento em saúde.

trás crônicas *brigas de vizinhos* e partir para uma reflexão ética sobre a atuação da saúde mental na saúde coletiva.

Algumas provocações que poderiam animar este debate:

- Qual trabalho não seria social!? E em quais práticas não estariam colocadas questões políticas?!
- A quem temos que convencer quando dizemos que trabalhamos no *campo social* ou, no caso do núcleo da presente autora, com *psicologia social*!? Ou ainda: qual postura estaríamos reforçando quando tentamos nos diferenciar de nosso suposto *inimigo*?!?

A partir destes questionamentos fundantes desejamos, ao final deste ensaio, iniciar uma problematização sobre os limites entre a prevenção e a clínica no âmbito da saúde mental. Por isso nos ateremos – após alguma experimentações teóricas – a explorar fronteiras entre duas experiências distintas: a experiência enquanto técnica-*psi* em um Ambulatório de Saúde Mental e de apoiadora matricial em saúde mental em uma Unidade de Saúde da Família.

Penso que, para começar, será necessário voltar a algumas noções – instituição, estabelecimento, coletivo e produção de subjetividade – que impõem a necessidade de algum aprofundamento teórico.

A análise institucional e algumas ferramentas conceituais

Nossa primeira afirmação é que a clínica é uma instituição.

E aqui entendemos *instituição* como o fazem os analistas institucionais²: o conjunto de regras, enunciados³ e valores produzidos histórica e coletivamente que, encarnados em organizações, leis, padrões de viver, sentir, se relacionar etc. regem a organização da produção da vida em um determinado momento. São exemplos de instituição: a família, a criança, a adolescência, o trabalho, a propriedade e também a clínica.

Faz-se necessário, portanto, frisar que aqui não falamos em instituição como um local ou um conjunto de organizações concretas (seja ela empresa, Universidade etc.) mas sim de valores, regras implícitas de como viver e se relacionar. Tais valores e enunciados se concretizam e produzem efetivamente a vida por meio de organizações e dispositivos (uma determinada escola, uma determinada família, um consultório particular, uma Constituição etc.).

Ao usarmos esta noção de instituição buscamos desnaturalizar qualquer forma de organização da vida, já que as instituições são produzidas e os valores e enunciados que estas carregam podem variar conforme o contexto histórico, local, cultural... A criança, por exemplo, não era vista sob os mesmos valores e significantes há cem anos atrás do que é vista hoje; o mesmo podemos pensar para a clínica.

Para os locais concretos onde se encarnam as diversas instituições damos o nome de *estabelecimento*. Sendo assim, a clínica – enquanto *instituição* – pode atravessar diversos estabelecimentos: um hospital, um consultório particular, um CAPS etc. Ademais, a depender das montagens (sempre singulares) que se formarão em cada estabelecimento poderemos fazer ver uma ou outra **forma-clínica**.

² Para uma pesquisa mais detalhada consultar a obra de Gregório Barenblitt (1998).

³ Este termo é usado aqui seguindo a idéia apresentada por Michel Foucault (1981)

Os dispositivos clínicos no bojo da produção coletiva de subjetividade

Segundo Maria Angela Santa Cruz (1997), a clínica, tal como a concebemos hoje, tem sua gênese enquanto prática no final do século XVIII “*instituída pela prática médica como uma forma de conhecimento singular do indivíduo doente*”.

Não me aterei, por falta de tempo e por exceder os objetivos aqui colocados, a uma incursão pelo percurso desta instituição na história e nas diferentes culturas – o que certamente nos enriqueceria, não apenas com detalhes, mas com uma melhor visualização da lógica institucional e da importância das genealogias enquanto instrumentos de desnaturalização e de fomento da produção de novidade. No entanto, é importante frisar que, enquanto instituição, a clínica é co-produzida no coletivo e se relaciona com diversas outras instituições que a ajudam a conformar-se, estabelecem dispositivos para sua operacionalização, definem seu alcance mas, principalmente, ajudam a co-produzir subjetividades.

A *produção de subjetividade* é causa-efeito direta da produção e alteração das instituições (com já dissemos estas regras e enunciados efetuar a produção de modos de viver, sentir, se relacionar...). Podemos entender os processos de subjetivação como a possibilidade de um determinado *enlaçamento* do campo ou plano *pré-subjetivo*. A alteração das instituições opera, neste sentido, no processo de *individuação* de territórios existenciais, tal individuação produzida, portanto, a partir de agenciamentos *coletivos*.

Sob este olhar, a subjetividade é *dobra/ envergadura* ou, como coloca Alfredo Naffah Neto (1995), *morada* para as experiências e as afetações que são *sempre* coletivas, múltiplas e pré-subjetivas – da ordem das forças e dos fluxos. A subjetividade, portanto, como uma *dobra da linha* que cria perfis subjetivos (entre eles também o *sujeito-indivíduo*, por exemplo).⁴

No que concerne à clínica, a afirmativa de que as instituições produzem subjetividade ganha *status* diferencial dado que o dispositivo clínico tem função privilegiada enquanto interventor na produção de subjetividade: *na clínica se imagina, projeta e se produz terrenos existenciais e dobras-de-si*.

- Se aqui afirmamos o carácter eminentemente produtor da clínica, produtor de modos de viver, de agir, de sentir...;

⁴ Estas idéias partem das formulações de Gilles Deleuze (1992) e Félix Guattari (1992) e de outros autores que desenvolveram seu pensamento como Gregório Barenblitt (1998), Suely Rolnik (1993), José Gil (1996), Regina Benevides de Barros (1994) entre outros.

- E se nos posicionamos a partir de um olhar onde a produção subjetiva é realizada no registro do *coletivo*, a partir dos percursos e desrupturas históricas, dos aparelhos de formalização e liberação da potência dos coletivos inventarem seus modos de existir;

então a clínica tem de ser pensada enquanto instituição produtora de modos (este ou aquele) de invenção da existência. A prática e a reflexão clínica são, portanto, escolhas ético-políticas.

Não apenas a *instituição clínica* é forjada no âmbito do social como sua atuação sobre as produções subjetivas só pode ser exercida *ali*, no bojo do próprio processo coletivo de invenção de territórios existenciais. Como então pensar uma dicotomia clínica-social, clínica-política?!

A clínica que chamamos institucional

Voltemos, então, ao início do texto quando problematizava a questão da clínica e propunha que fosse usado o termo *clínica institucional* para falarmos deste núcleo de saberes e práticas.

Após este breve panorama teórico acho que posso caminhar afirmando que, ao dizer da clínica institucional, **não** falo daquela clínica exercida em estabelecimentos públicos ou onde os projetos estão a cargo de uma equipe (em contraponto ao consultório particular e ao seguimento do caso por apenas um profissional).

Clínica institucional afirma uma postura onde os dispositivos clínicos são analisados sob a *ótica institucional*. Enquanto montagens produzidas histórico-socialmente que vêm responder a determinados objetivos e geram efeitos, principalmente sobre a produção de subjetividade. Ou seja, como todo pensamento, a clínica funda objetos, categorias, profissionalismos, carreiras, demandas etc. que variam conforme as forças de poder, captura, novidade que estão atuando.

A seguir farei uma breve incursão histórica para apontar alguns movimentos, fatos e linhas que fazem produzir este olhar singular sobre a clínica.

Podemos dizer que o ponto de vista *institucional* do fazer-pensar clínico é produzido a partir de *crises do social* e/ou nos próprios contextos clínicos (guerras, estabelecimentos para tratamento de psicóticos, greves etc.).

Diversos autores (Altoé, 2004; Guattari, 1972) são unânimes em delegar à experiência do Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban o nascimento do movimento institucionalista na saúde mental – por volta do ano de 1940.

Neste momento, são fundamentadas as idéias de que a doença possui uma dimensão patológica e outra que alguns autores chamaram de *patoplástica*. Tal dimensão dizia dos efeitos gerados a partir das relações travadas no estabelecimento onde era exercida a clínica⁵. Haveria algo do inconsciente do estabelecimento, encarnado em suas práticas, em sua ambiência e nas relações que alteraria os tratamentos, podendo criar sintomas coletivos e “individuais”, fomentar resistência mas também produzir autonomia, invenção de novos sentidos, *costuras* para vivências de despedaçamento etc. Neste sentido, o *coletivo* poderia ser o grande agente do tratamento; a melhor terapêutica aquilo que “rola” entre as pessoas, o que é chamado de *phatos* (poderíamos pensar em algo que atravessa; *entre corpos*). Tal idéia já estava embutida – apesar de produzida sobre outras bases teóricas e em outro contexto – quando Freud pensa o trabalho sobre a transferência enquanto o meio para o tratamento. Os institucionalistas são fortemente influenciados por algumas produções da psicanálise, tendo forte contribuição desta corrente as idéias de patoplastia, transversalidade, inconsciente entre outras

Algum tempo depois do nascimento da psicoterapia institucional, Félix Guattari funda o conceito de Análise Institucional. Segundo Moura (2003), os primeiros pensadores e interventores institucionalistas pensavam que a análise institucional não poderia se confundir com a psicoterapia institucional; a primeira procuraria “*tratar a dimensão político-analítica, sem entretanto se sobrepor um âmbito ao outro, analisando sistemas de defesa presentes na política de grupos e instituições em geral, coexistentes com as instituições do equipamento de saúde.*” (67). Sem poderem ser confundidas, tanto a psicoterapia quanto a análise institucionais teriam sua função dentro de um equipamento de saúde, uma não tendo sucesso sem a presença da outra.

Para além destas já consagradas conceitualizações dos teóricos destas duas vertentes institucionalistas, penso ser importante resgatar algo sutil mas implícito neste modo de olhar a clínica.

⁵ É de François Tosquelles – uma dos percursores da psicoterapia institucional – o *lema* de que é necessário tratar o estabelecimento (seus agentes, relações, arquitetura, ações, clima etc.) para tratar os pacientes (Altoé, 2004).

Ao trabalharmos com uma clínica sob a ótica institucional, é fundamental que se possa ler os processos subjetivos a partir das instituições e dispositivos concretizadores dos modos de viver. Ou seja: uma clínica que busca compreender processos de produção de subjetividade que nascem no emaranhado de instituições que regem e fomentam a (re)produção de territórios de existência (o capital, a família, o trabalho, a propriedade, a polícia, a psiquiatria etc.).

Possibilitar certa *visibilidade* das capturas, assujeitamentos e outros mecanismos de diminuição da potência de invenção da vida dos coletivos é a tarefa de uma clínica que opera a partir de uma postura ética e estética.

Uma clínica que se percebe enquanto *parte-montagem* de uma complexa rede de afetações *invisíveis*, afetações essas que são os principais motores da produção do mundo sensível.⁶ Neste sentido, falamos de uma clínica que tem como seu principal instrumento certa *sensibilidade ao insólito e ao invisível*.

Clínicas... algumas experimentações conceituais

“Um conceito só vale pela vida que lhe é dada.” (GUATTARI, 1992: 201)

No dicionário⁷ encontramos, enquanto clínica, o *lugar onde o médico atende seus pacientes e a prática da medicina*. Definições ainda um tanto simplistas para os objetivos aqui postos. Experimentemos outras.

Para Onocko Campos (2001), a clínica diz de um conjunto de práticas e teorias para *diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária*. Aqui temos uma gama grande de conceitos que, em momento de outro aprofundamento, caberia analisar. No entanto, escolho um que se repete em quase toda discussão acerca da clínica: a idéia de *tratamento*. Ainda segundo o dicionário, tratamento é o ato de *acolher*, ou o *conjunto de meios postos para cura ou alívio do doente*. Aqui temos uma idéia fundamental: quase sempre quando pensamos em tratamento estamos na dimensão da *doença* e de certa busca de *cura* ou *alívio*.

Passemos, então, para outra investida experimental no conceito feita por Campos (2003) quando este apresenta a idéia de *clínica ampliada*. Este autor nos convida – a partir da

⁶ Estas idéias se referem a muitos autores citados ao longo deste ensaio mas de forma especial aos escritos de José Gil (1996).

⁷ Dicionário Michaelis - UOL.

re-leitura de diversos pensadores da saúde⁸ - a olhar o *sujeito* que apresenta, em determinado momento, uma dimensão adoecida ou em risco de adoecer. Neste sentido, o *objeto* das teorias e práticas em saúde seria a pessoa ou grupo adoecido ou com possibilidade de adoecer e as múltiplas linhas sociais-culturais-tecnológicas-etc. que determinam a situação em questão. A já velha, porém nunca suficientemente repetida, *chamada* para pormos a doença “entre parêntesis”.⁹

Introduzi, neste certo quebra-cabeça que faço do conceito de clínica, a idéia de *atravessamentos múltiplos e coletivos* que recheiam, conformam e dão possibilidade de existência a uma situação de adoecimento. Assim, a função da clínica não seria apenas se *re-clinar* sobre o sujeito enfermo – no sentido de refletir e manejar os melhores meios para sua cura – mas também possibilitar desvios nestes atravessamentos que dão possibilidade de existência a uma situação de despotencialização da vida.

Aqui estou usando de outro conceito que vem romper com visões mais clássicas sobre a clínica (enquanto acolhimento e ocupação com o sujeito enfermo) quando aponta uma outra clínica possível; uma clínica que se utiliza da potência de outra etimologia¹⁰ para a palavra e resgata a idéia de *desvio*.

Segundo Benevides e Passos (?), nesta clínica se re-inaugura a relação com a tragicidade da vida, sua imprevisibilidade e seus múltiplos movimentos de ruptura e inovação. A ética desta clínica é aquela que Deleuze (1992) nomeou enquanto “a essencial”: *estar a altura de nosso tempo*. O que importa, então, é estar à altura do *acontecimento* (enquanto possibilidade de invenção de novas formas de existir). Isto não quer dizer um abandono da história em prol de um certo endeusamento do *agora* mas, sim, poder dela se utilizar para diferir, para criar novos territórios existenciais. Usar do processo de confecção histórico para romper, criar bifurcações, em um movimento de exercício da *autopoiese*, da invenção de *si*.

Mas vejo que faz-se necessário mais uma desestabilização. Quando falo aqui em *invenção de si* não falamos em um processo 100% consciente e tampouco nos referimos à possibilidade de *selfs made men*.

⁸ Inclusive autores envolvidos no movimento da saúde mental e mais propriamente da reforma psiquiátrica.

⁹ Idéia emprestada de Franco Basaglia, figura proeminente na luta contra a lógica manicômial.

¹⁰ A palavra clínica também deriva da palavra klinamen que aludia ao desvio, *que permite aos átomos, ao caírem no vazio, se chocarem articulando-se na composição de coisas* (BENEVIDES E PASSOS).

Ao introduzir a idéia de atravessamentos coletivos, desvios e *autopoiese*, estamos usando um referencial que aposta na força do inconsciente enquanto caldeirão de um desejo que é iminentemente *produtivo* (e não desejo da falta ou da reatividade). Um desejo que é, ainda, coletivo; fermentado no tecido coletivo de produção do real e do possível. Um desejo, portanto, que não pode ter suas produções referidas à uma historicidade puramente individual e/ou familiar. Segundo Guattari: “*A subjetividade individual, tanto a do doente como a do “técnico”, não pode ser separada dos Agenciamentos coletivos de produção de subjetividade; tais Agenciamentos comportam dimensões microssociais mas também dimensões materiais e inconscientes.*” (1992: 202-203)

A *autopoiese*, portanto, aponta a possibilidade deste desejo se singularizar. A clínica, assim, poderia ser um dos instrumentos de singularização do desejo, desamarrando-o das tiranias do capital, do mercado e de qualquer sistema despotencializador da capacidade dos coletivos de inventarem suas vidas, serializador do desejo. A singularização enquanto a disponibilidade constante às rupturas de sentido.

A clínica, portanto, seria este *raciocínio*, conjunto de teorias e práticas voltadas a pensar o desejo e suas produções. Um saber-fazer preocupado com a variação na potência de invenção de *si* de forma *alegre*¹¹; um saber que, para além de pensar *curas* pensa a produção de subjetividade e, sendo assim, também as formas de sofrimento e de empobrecimento da vida.

É necessário terminar este item com um alerta.

Não foi à toa que este trabalho tem enquanto título o termo formas-clínica. Com isso queremos dizer que a clínica pode ter muitas formas, que não existe “a” clínica. Sendo assim, quando – ingenuamente – tentei defini-la nas linhas acima busquei, apenas, explicitar uma *escolha*. Estas linhas-clínicas, a pouco apresentadas, dizem da vontade de produção de uma clínica posicionada ética-esteticamente **nunca** de uma pretensa verdade-clínica. *Dar vida* – como nos aponta Guattari – ao desejo, ao inconsciente, aos agenciamentos coletivos enquanto *conceitos-ferramentas* diz da vontade de produção de uma vida inventiva, excessiva e múltipla.

¹¹ O conceito “alegre” vem de Espinoza (1983) a partir de sua teorização das paixões.

Experiências e experimentações:

Pulos de um Ambulatório para o Apoio Matricial (e vice-versa)

Este momento do trabalho visa resgatar minha experiência enquanto aprimoranda em um serviço ambulatorial de saúde mental e em uma Unidade de Saúde da Família, no sentido de *fecundar, contaminar e provocar* as experimentações teóricas até aqui realizadas.

No início do ano de 2005 ingressei – através do aprimoramento em *saúde mental* da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – na rede pública de saúde do município de Itatiba. Minha entrada deu-se pelo Ambulatório mas, por uma escolha pessoal, também tive uma inserção em uma Unidade de Saúde da Família.

No ambulatório, durante quase um ano, participei de reuniões de equipe, coordenei – juntamente com um auxiliar de enfermagem – um grupo de música e acompanhei um caso bastante complexo de psicose – aqui chamarei este paciente de Vitor.

Minha inserção na Unidade de Saúde da Família deu-se enquanto apoiadora matricial em saúde mental, com reuniões quinzenais com duas equipes mínimas. No entanto, minha *estada* na Unidade excedeu esta tarefa específica, passava muitos períodos acompanhando a equipe em seu cotidiano, no acompanhamento de casos e intercorrências, além de estar em diversas atividades que nasciam das necessidades e discussões das reuniões de Apoio – visitas domiciliares, atendimentos familiares e individuais, coordenação e elaboração de grupos de cuidadores, adolescentes, entre outras.

Me omitirei de analisar com detalhes os diversos *casos-acontecimentos* nos quais estive envolvida, para partir para uma reflexão sobre as formas-clínica que pude experimentar nestes dois estabelecimentos.¹²

Apontava a pouco a clínica enquanto um *raciocínio*, uma *escuta* voltada para as produções do desejo, para as variações da potência de inventar a vida. Mas, que escuta seria essa? Penso que, para além de ser uma escuta que por sua própria função é acolhedora – no sentido de abrir espaços para uma fala, para um enunciado – também é uma escuta que *tem de abrir fendas*. A clínica analítica, portanto, enquanto uma clínica da ruptura, cada interpretação¹³ como a abertura possível de um novo sentido (e não “do” sentido). Como nos aponta Guattari (1992): “*A interpretação não fornece chaves padronizadas para resolver problemas gerais (...) mas deve constituir um acontecimento, marcar uma bifurcação*

¹² Em anexo seguem duas análises detalhadas do caso seguido no Ambulatório e do Apoio Matricial.

¹³ *Interpretação* enquanto instrumento de rachadura, de corte de um fluxo.

irreversível da produção de subjetividade – em suma, ela é da ordem da performance, (...).”
(201)

Tanto no trabalho no ambulatório como no trabalho com as equipes de saúde da família, a todo tempo me sentia convocada a usar do raciocínio clínico. E eram em distintos momentos. Ora no manejo ou em discussões de casos, tratando de situações envolvendo pacientes e sua relação com os técnicos (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem etc.); ora em reuniões de equipe ou outras situações e decisões que envolviam questões *invisíveis* que percorriam as relações dos profissionais no estabelecimento.

No ambulatório, durante o acompanhamento de Vitor e sua família, era a todo tempo incitada a acolher e desviar. Era um trabalho fino de desvio das repetições¹⁴, de abertura de uma escuta sutil para as novidades e nuances, de reconstrução histórica (não apenas da história individual mas das diversas equipes, Secretarias municipais, ONGs, polícia, manicômio, APAE etc.) e de produção de cortes nesta mesma história.

Quando falo em acolhimento e desvio, neste caso, não falo apenas do paciente em questão, falo fundamentalmente da equipe da mental, dos funcionários do Ambulatório de Especialidades em geral, da família... houve muito trabalho.

Era um caso que enunciava múltiplas impotências: anos acumulados de uma rede de serviços públicos impotentes, incapazes de assistir adequadamente uma família sempre prestes a se desfacelar; intervenções impotentes (da justiça, da polícia, da psiquiatria, da educação...) que apenas puderam auxiliar um desfacelamento já anunciado; impotência de um sistema perverso que precisa seguir criando uma identidade de impotência a alguns (diferentes, pobres, deficientes...) para sobreviver.

A impotência enunciada neste caso atravessava todos os envolvidos. E por isso gerava muita angústia. Como, então, fazer com que aquelas pessoas (os trabalhadores mais ou menos envolvidos com o caso, a família e o próprio Vitor) se responsabilizassem pela produção de linhas de potência? De alguma forma foi este o trabalho clínico sobre o caso.

No caso da equipe é perfeita a afirmação de Guattari quando este diz que é preciso *“modos de atividades que favorecessem uma tomada de responsabilidade coletiva fundada entretanto em uma re-singularização da relação com o trabalho e, mais geralmente, da existência pessoal.”* (ibidem: 187).

¹⁴ Repetições que, por serem repetições, diziam muito da produção de impotência e por isso tinham escuta privilegiada.

O trabalho que teci com a equipe mínima que mobilizamos para se co-responsabilizar conjuntamente comigo do caso foi este. Não apenas um trabalho de afinar as questões técnicas. É claro que houve momentos em que foi preciso fundamentar um raciocínio sobre o caso, substituir preconceitos e conceitos impotentes por algumas ferramentas teóricas que nos ajudariam a abrir outros caminhos. Mas, fundamentalmente, foi um trabalho de singularização de relações e de territórios existenciais. Foi necessário uma tomada de responsabilidade em relação a si mesmo e ao outro, uma apropriação do sentido de sua existência num sentido ético e não tecnocrático.

Um auxiliar de enfermagem que maneja diversas situações de crise familiar; que pôde – penso que pela primeira vez – expor sentimentos em relação ao paciente e ao trabalho. Um psiquiatra que se deslocou do consultório para fazer uma visita ao hospital, onde haviam muitos outros médicos mas onde sua presença representava mais que uma injeção ou uma orientação... sua presença ali nada representava, apenas *era*.

No caso de Vitor tivemos que construir com a equipe a noção de que o tratamento está para além da medicação, da psicoterapia ou dos grupos de convivência. O tratamento, fundamentalmente em um caso grave como era o de Vitor à época, é também um tratamento sobre o contexto, sobre sua realidade de vida, sobre a realidade de uma família desfacelada, do desespero de dormir na rua e não ter o que comer.

“Na vertente imaginária, as psicoterapias poderão intervir a partir de equivalentes “projetivos” a fim de reconstruir um corpo, de suturar uma cisão do eu, de forjar novos territórios existenciais; mas, na vertente do real, é o campo intersubjetivo e o contexto pragmático que serão obrigados a trazer novas respostas.” (ibidem: 188)

No caso de Vitor também, a todo momento, tive de me a ver com um trabalho *com* a equipe. Tratava-se de uma equipe cansada, que tinha muitas *couraças contra* as alteridades que a desestabilizavam (ibidem: 188). O *labor* sobre o caso foi, também, desfazer este modo de relação *duro* com o diferente, modo este que diz do funcionamento não *daquela* equipe mas de toda uma produção subjetiva que temos que enfrentar hoje.

Como diz Guattari, enquanto a equipe lida com seus fantasmas e medos do novo, da perda de identidades, também o mesmo acontece com os pacientes: podem experimentar outro modo de relação com o mundo, com o “fora”. Todos em uma relação mais íntegra com o desejo, o encontro e o acontecimento.

Na Unidade de Saúde da Família também muitas vezes eram estas linhas que atravessavam a intervenção. Técnicos escondidos por de trás de seus escudos técnicos:

receitas, diagnósticos, procedimentos, visitas e até mesmo o *acolhimento*¹⁵, incapazes de enxergar as nuances de um encontro, a enunciação de uma ameaça de deslaçamento social, a explicitação de um sofrimento insuportável, um pedido de ajuda.

O Apoio se tornava, então, um importante espaço de formação e de troca de saberes. Um espaço-tempo de polir as lentes e criar ouvidos para línguas muitas vezes estranhas. **Não seria esse um trabalho eminentemente clínico?** E, novamente, um trabalho sobre os processos invisíveis das equipes mesmas. Cansadas, amarradas em suas teias fantasmáticas, repletas de defesas e sintomas.

Enquanto apoiadora em saúde mental, apesar de não ocupar ali a função de analista institucional, só fui capaz de apoiar as equipes em suas questões relacionadas ao trabalho quando pude, também e ao mesmo tempo, trabalhar as questões das equipes mesmas. Aqui toda a produção de Pichón Rivière (1998) nos seria extremamente esclarecedora. Tomarei, no entanto, apenas sua idéia de que *os grupos só podem trabalhar, de fato, enquanto se trabalham*.

Durante as reuniões de Apoio tínhamos a tarefa de discutir casos (sejam eles individuais, de uma família, comunidade ou de um grupo ou outra atividade da Unidade) mas sempre éramos atravessados por um trabalho paralelo de trabalhar as angústias, sistemas de defesa e outras dimensões inconscientes da equipe.

Os casos trazidos ao Apoio eram os mais variados: casos de psicose grave com atendimento ambulatorial precário e, portanto, vida comunitária empobrecida; casos de neurose grave onde o sofrimento familiar e individual era intenso, gerando inclusive situações de ameaça à vida; casos pontuais de crise familiar ou pessoal que necessitavam um trabalho de prevenção de agravos; muitos alcoolistas e suas famílias atingidas pelos malefícios desta droga; situações comunitárias que envolviam dificuldades de relação da equipe e *estranheza* com modos de vida extremamente singulares; dificuldade de “adesão” ao tratamento entre outras.

A cada nova discussão, era importante lembrar a equipe de que aqueles indivíduos estavam inseridos em um contexto – e isso não apenas pela questão da territorialização – mas por uma questão clínica: aqueles indivíduos tinham suas produções de sofrimento, de sintomas e de modos de viver produzidos em uma trama *coletiva* que tinha de ser explicitada com o risco de cairmos em culpabilizações ou leituras *empobrecidas*. Também as

¹⁵ Enquanto prática instituída nas Unidade de Saúde da Família e que muitas vezes se torna apenas mais um *procedimento* técnico, uma triagem para organizar a demanda e a *agenda* médica.

intervenções pensadas sobre os casos necessitavam deste raciocínio, como nos aponta Guattari “*a subjetividade, em todos os estágios do socius onde se quisesse considerá-la (...) era produzida sob certas condições e que estas poderiam ser modificadas por múltiplos procedimentos e de forma a orientá-la em um sentido mais criativo.*” (1992: 190)

Esboçando fronteiras... borrando limites...

Os novos modelos de atenção pensados para a saúde mental (CAPS e outros serviços da rede como Centro de Convivência, Residências Terapêuticas etc.), bem como para Atenção Básica (Programa de Saúde da Família), parecem carregar consigo certa vontade de findar com certas *querelas* que apontávamos nos primeiros momentos deste trabalho.

No projeto de CAPS de muitos pensadores e interventores do campo *da mental* está incluído um trabalho que *visa* um sujeito e um sofrer eminentemente *coletivos* – sujeito e sofreres que atravessam e tem sua gênese na família, nos espaços de circulação social, na habitação, na comida, no dinheiro, na escola, no trabalho etc.

Ao meu ver isto não quer dizer que este estabelecimento tem que dar conta de tudo isso: ser escola, espaço de convivência, trabalho e tratamento... *mil em um!* Mas, talvez, ao pensar a clínica no-do CAPS teríamos que pensar a subjetividade no seu âmbito imagético-fantasmático mas também em seu âmbito real (como nos apontou Guattari, 1992: 188). O mesmo aconteceria no trabalho das Unidades de Saúde da Família.

A Unidade de Saúde da Família seria um espaço de trabalho em saúde (MERHY, 2002: 199) onde uma equipe interdisciplinar¹⁶ “*assume a responsabilidade por uma determinada população, a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção à saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.*” (BRASIL, 2001: 05). Sempre quando pensamos na atenção básica pensamos em prevenção/ promoção de saúde. Conceitos muito repetidos mas de complexa análise. O que seria *promover saúde e prevenir*, no que concerne ao âmbito da saúde mental?

Temos poucos textos interessantes sobre esta questão e penso que tal tema deva ser aprofundado. Aqui irei arriscar algumas colocações.

Quando dizia da vontade “do PSF” de desviar-se de certas *querelas* me referia a sua intenção de promover saúde e prevenir mas também em se ocupar com a clínica, o tratamento e a reabilitação. No caso da saúde mental, e mais propriamente do Apoio Matricial, são

¹⁶ A equipe mínima de Saúde da Família é composta por: quatro a seis agentes comunitários de saúde, um a dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico generalista (BRASIL, 2001: 06).

muitas as questões que se colocam. Nos deparamos com dificuldades das equipes com usuários das Unidades que são pacientes de CAPS (afinal, fora dos manicômios eles têm de morar, circular, viver), com trabalhos comunitários de prevenção (de drogas, de gravidez, de DSTs etc. etc. etc.), com situações menos graves de sofrimento psíquico mas que mesmo assim causam preocupação e com muitas, muitas situações onde é necessário ampliar a atuação clínica da equipe. Concordamos, então, com Matsumoto et al quando apontam que:

“(...) o trabalhador de saúde necessita assumir e incorporar seu papel de cuidador e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, nos processos relacionais da clínica e da gestão, capacitando-se, assim, a atuar nas tecnologias leves, tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, (...) promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.” (2005: 04)

O Apoio poderia ser, então, o espaço-tempo de tal incorporação. Mas como ampliar a caixa de ferramenta dos trabalhadores para esta tarefa tão *tênue*, tão difícil de ser *ensinada*?! Ao meu ver, para isso precisamos de ferramentas que dizem respeito a um raciocínio clínico específico dos saberes *psi*, com o risco de cairmos em leituras do censo-comum ou intervenções *ortopédicas*.

O que muitas vezes encontramos no campo da atenção à saúde são pessoas-coletivos *interrompidos* no seu processo de produzir uma vida potente. Tal *interrupção* diz de toda uma forma de produzirmos a vida no contemporâneo¹⁷, de modos de viver e sofrer próprios de nossa época e que necessitam de intervenções eficazes, capazes de (agora sim) *prevenirem* esfacelamentos de redes sociais inteiras e investimentos da vida em formas pouco potentes de sobrevivência e convivência (violência, isolamento etc.).

Para as equipes de Saúde da Família a difícil tarefa de ampliarem sua clínica, incluírem dimensões *invisíveis*, aprenderem como ouvir outras *falas* não tão claras como as queixas físicas (e que muitas vezes são ditas *através* de dores concretas). Também a tarefa de prevenir e promover saúde.

Mas, quando falamos em dengue, catapora, sarampo, câncer etc. temos caminhos mais claros de prevenção ou detecção precoce. Agora, quando se trata dos modos de vida, da saúde que chamamos *mental*: prevenir do quê e como? Podemos *prevenir* uma crise psicótica, uma depressão, uma crise familiar? Como podemos fazer isso? E mais, como promover saúde sem

¹⁷ O tema das formas de subjetivação e sofrimento contemporâneos muito nos interessa mas não nos será possível desenvolver aqui.

entrarmos em furores *educandis* ou em intervenções ortopédicas e comportamentais, *faça isso, seja assim, fique feliz!*

Penso que, podermos lançar mão dos saberes clínicos enquanto *raciocínio*, enquanto leitura sobre os fenômenos *invisíveis* e *insólitos*, nos ajuda a fugir de intervenções da saúde mental na Atenção Básica que não conseguem escapar de uma *pseudo-leitura-psi* fundada no censo comum ou em procedimentos puramente tecnocráticos.

Ao mesmo tempo, exercitar uma clínica dos casos graves e nos estabelecimentos de nível secundário e terciário que possa se haver com a *realidade* – enquanto dimensão das relações concretas e da produção de vida – e, portanto, com os atravessamentos institucionais re-convoca uma forma clínica eminentemente ético-política. Clínica esta que não se separa da promoção de uma sociedade mais potente (seria isso promoção de saúde?!) e de intervenções que encaminhem os modos de produção de subjetividade em um sentido mais criativo e *alegre*.

ANEXO I

Relato de um caso ambulatorial

“(...) é somente com a condição de que seja desenvolvida em torno dela [LOUCURA] uma vida coletiva no seio de instituições apropriadas que ela pode mostrar seu verdadeiro rosto, que não é o da estranheza e da violência, como tão freqüentemente ainda se acredita, mas o de uma relação diferente com o mundo.”

(GUATTARI, 1992: 183)

A experiência que irei relatar a seguir deu-se a partir de minha inserção enquanto aprimoranda no Ambulatório de Saúde Mental do município de Itatiba. Este primeiro “caso” trata-se do acompanhamento durante dez meses de um paciente chamado Vitorr.

A relação terapêutica com este paciente se cruza com minha inserção neste Ambulatório. Nos primeiros dias de aprimoramento, andava pelos corredores e salas, sem um projeto de trabalho definido. Nossa única atividade definida era a participação nas reuniões da equipe¹⁸. Nestas, vivenciávamos muita angústia dado que a equipe tinha dificuldade em construir responsabilização sobre os casos e, assim, não era possível definir projetos terapêuticos. Neste contexto, logo nos primeiros dias, vimos diversos casos sendo internados em hospitais psiquiátricos da região.

Vitor era mais um destes pacientes. A equipe trazia seu caso em todas as reuniões, sabiam muito de sua história de vida e da sua precária história de tratamento mas pouco conseguiam fazer com os dados que tinham.

Vitor foi criado pela avó e um tio paternos desde os onze meses. Há duas versões para sua separação dos pais; o próprio pai diz que o *deu* para a avó enquanto parentes da mãe dizem que ele foi *pego* pela avó após diversas internações por desnutrição e maus tratos. Teve cinco irmãos; todos tirados dos pais pela justiça após denúncia de que a mãe teria matado a filha mais nova (Carla – única mulher) por espancamento ou sufocamento. Vitor é o segundo filho, o mais velho é criado pela avó materna, os dois outros (ainda vivos) foram adotados por famílias diferentes depois de um período em instituição de abrigo. Os pais e outros familiares não tem mais contato nem notícias dos mesmos.

Após a morte da avó, Vitor continuou vivendo com o tio até sua morte. Ficou alguns anos na APAE e, ainda pré-adolescente, começou a ser medicado pelo psiquiatra e ter acompanhamento psicológico.

¹⁸ A equipe é responsável pela população adulta e adolescente e conta com dois psiquiatras, três psicólogos, uma assistente social, um auxiliar de enfermagem e uma fonoaudióloga.

O tio sempre foi muito resistente ao tratamento e dizia que seu comportamento era *de família*, que a culpa era de sua mãe. No momento da morte do tio, Vitor tinha por volta de dezessete anos e foi viver com os pais. Sua mãe possui uma deficiência grave na fala – seqüela de uma doença que teve ainda quando criança – e seu pai, funcionário público, é uma pessoa bastante simples e de contato pessoal extremamente difícil.

Vitor permaneceu algum tempo morando com os pais mas logo começaram as brigas e agressões mútuas. O rapaz não tinha um seguimento adequado do tratamento e iniciou com crises psicóticas mais severas (em geral com sintomatologia bastante agressiva), chegando a agredir a mãe fisicamente uma vez. O pai também era bastante agressivo com ele dizendo que este *só andava pelas ruas* – costume que adquiriu com o tio – *bebendo e usando drogas*.

Depois de algum tempo saiu da casa dos pais e ficou pelas ruas. Por conta desta situação, é abrigado por nove meses em uma ONG para tratamento de drogadictos por pedido da Primeira Dama da cidade. Nesta instituição ainda tinha crises de agressividade mas parece ter se adaptado razoavelmente. Os pais o visitaram apenas uma vez. Todos os dias de visita ficava muito agressivo (provavelmente pela ausência de pessoas que fossem visitá-lo) e no dia em que os pais foram também se agitou demasiadamente. É afastado desta instituição pela inadequação do local para seu abrigo. A pessoa responsável por esta instituição (Adriano) e muitas coisas a esta relacionadas (religião, músicas, atividades etc.) se tornam referência para Vitor.

Tenta-se, então, uma nova reaproximação com os pais que não tem sucesso. Volta para as ruas e entra em crise psicótica severa até que é levado ao Ambulatório e internado.

Vitor tinha, à época de minha entrada no Ambulatório, dezenove anos, diagnosticado como deficiente mental moderado e psicótico, a alta de sua primeira internação psiquiátrica preocupava os profissionais.

No ambulatório todos conheciam seu caso, no seu prontuário diversos relatórios de Secretarias e Instituições atestavam *“ter feito tudo pelo caso”*, passando para outra equipe, secretaria, ONG etc. a responsabilidade de *tentar fazer alguma coisa*.

Foi assim que, após umas semanas no Ambulatório me deparo com Vitor, de alta do hospital, pelos corredores assim como eu. Sua fala era muito acelerada e era impossível entender qualquer coisa que ele dizia. Ele agredia verbalmente o auxiliar de enfermagem que havia tomado a frente no momento da internação e se movimentava sem parar. Era uma figura que amedrontava mas, ao mesmo tempo, extremamente carismática e afetiva.

Nos primeiros dias resisti a estabelecer um vínculo, sabia que aquele era *“o caso”* do Ambulatório e que, se a equipe não tinha um projeto, eu não poderia nem conseguiria *ser o*

projeto. Saber de tudo isso não resolveu muita coisa. Alguns dias depois estava completamente envolvida com o caso.

No início da intervenção, caminhava com Vitor pelo Ambulatório buscando ser *eco* para aquela crise, aquela falta de controle, aquele desespero. O trabalho neste primeiro momento foi de resgate de alguma escuta para aquela fala tão acelerada que não podia ser ouvida; resgate de algum sentido para aquela agressividade que logicamente tinha *muitos* sentidos. Nesta época ele estava dormindo pelas ruas, não havia contato com o pai que, apesar de ter ido buscá-lo na alta não conseguiu mantê-lo em casa nem sequer na primeira noite.

Em poucos dias Vitor voltou a se comunicar, ficou *surdo de tão alto que ouviu walkman* e construiu delírios os quais podia relatar – o bruxo que *se virar barata podemos pisar e matar*; os traficantes; os irmãos e avós que fingem serem loucos no hospital para não serem seqüestrados. Nestas primeiras semanas tive contato com quase toda sua história. Através de sua fala acelerada me contava de seus medos, de sua solidão, de sua família e dos mitos que rodeiam sua história. Rapidamente a história da morte de sua irmã apareceu em nossas conversas.

A crise trazia toda a dinâmica de uma família desfacelada (pelos anos de ausência de assistência e pelas intervenções que só trataram de concretizar um desfacelamento subjetivo que estava anunciado); nada estava encoberto na crise. Aparecia ali a culpabilização sobre pais que não puderam cuidar de seus filhos tão *literalmente* que os ronda uma história de assassinato e o efeito disto em todos os filhos *sobreviventes* que carregam sentimentos de uma suposta rejeição – talvez mais fáceis de suportar do que a realidade de pais *incapazes* de cuidar.

A leitura que fazia à época e que faço até hoje é que era esse *segredo familiar, essa ferida “insuportável”* de ser olhada (e, portanto, impossibilitada de ser curada) a gênese da psicose de Vitor. Era insuportável para os pais encararem esse filho porque, de alguma forma, ele *encarnava* todo o sofrimento da família, toda a sua dificuldade de cultivar relações de cuidado e vida.

Vitor *era*, neste primeiro momento do tratamento, o dono da mais importante empresa de ônibus de Itatiba. Ele adora carros e seus delírios, vontades e sonhos sempre trazem esse elemento: o carro que foi guinchado e vai ser desmanchado se ninguém da família for buscar, a vontade de estudar para poder tirar carta de motorista e o sonho de poder ter um carro para ir dirigindo enquanto eu, atrás, o sigo com o meu carro.

Acompanho Vitor durante um mês, ele continua em crise. Busco resgatar – concretamente – a família (avó, tias que ele me apresentava no Ambulatório, pais etc.) e ele

chega a ficar alguns dias na casa dos pais. Não agüentam, ele e os pais, a situação: ele volta para as ruas. Em paralelo começo a criar uma rede na equipe, me aproximo do auxiliar de enfermagem que era quem mais possuía um vínculo com Valmir, peço atendimentos conjunto com o psiquiatra. Era impossível estar sozinha num caso que, exatamente, se definia por **uma carga imensa de desamparo e solidão**.

Nesse momento de crise, Vitor acha no Ambulatório um refúgio. Fica lá durante todo o dia, alguns dias muito agressivo, xingando e batendo nas coisas; outros dias apenas agitado, cantando e conversando com as pessoas. Os funcionários (da Mental e todos os outros) não suportam aquela presença, são feitas reuniões, muitas reclamações. Como acompanhava ele, também me tornei uma figura que incomodava. Em uma reunião uma pessoa de um alto cargo da Secretaria o compara com um cachorro e cobra da equipe como esta não era capaz de “domesticá-lo”. Todos sofriam muito. **Todos se sentiam desamparados**: os funcionários, a equipe da Mental e, claro, Vitor.

Tenho a leitura de que Vitor era um *guerreiro* nesse momento. *Guerreiro* no sentido de que não abria mão de lutar por ajuda, por mais que ninguém pudesse ouvi-lo. Vitor gritava ao mesmo tempo o seu sofrimento, a precariedade dos serviços da Secretaria de Saúde e a intolerância, o medo e a impotência de toda uma sociedade incapaz de conviver com a loucura.

Mas a impotência, nesse momento, ainda falou mais alto. É em meio às reclamações múltiplas de todo o Ambulatório, frente à sua situação de extrema vulnerabilidade na rua e em crise e, fundamentalmente, por conta da situação de desamparo da equipe da mental, da ausência da capacidade de acolher, se responsabilizar, inventar dispositivos e espaços, que ele é internado pela segunda vez.

Resolvo acompanhar a internação apesar da vontade de abandonar o caso.

A idéia de acompanhar a internação vem da ciência de que o vínculo e a responsabilização com o caso são terapêuticos, engendram melhoras e costuram – no caso do Vitor principalmente – fendas criadas por situações repetidas de abandono e desamparo. Minhas visitas no hospital eram muito pouco, ao mesmo tempo eram tudo que ele tinha naquela situação de abandono em um hospital onde não conhecia ninguém: nem os médicos, nem os enfermeiros, nem os pacientes... nem sequer a cidade. Vitor insistia – para sua própria sobrevivência psíquica – que ali era Itatiba e não Indaiatuba. Esse “abandono”, o da cidade natal, seria insuportável.

Durante os três meses de internação visito ele no hospital, alguns profissionais me acompanham. Mobilizo familiares para visitas e, nesse percurso, já conto com a ajuda

constante do auxiliar de enfermagem. Aos poucos vamos nos aproximando de uma tia que concorda em acolhê-lo na alta. O pai o visita uma vez. Pela primeira vez, em uma visita com a avó e a tia ao hospital, conheço sua mãe.

Pela primeira vez, também, o psiquiatra se desloca até o local das tão freqüentes internações. É claro que minha insistência para que isso acontecesse passava pela minha postura de que, para cuidar e desviar a situação de sofrimento de Vitor, precisaríamos cuidar e desviar algumas pessoas da equipe, mais disponíveis para se responsabilizarem pelo caso. A visita do psiquiatra foi um deslocamento de espaço, mas não só isso. Foi também um deslocamento subjetivo que anunciava não só outra concepção sobre o tratamento mas outra forma de existencialização, um deslocamento das tão pouco potentes *correias* identitárias. Segundo GUATTARI, nos serviços é necessário criar “(...) *modos de atividades que favorecessem uma tomada de responsabilidade coletiva fundada entretanto em uma re-singularização da relação com o trabalho e, mais geralmente, da existência pessoal.*” (1992: 187)

No hospital, a responsabilização sobre seu caso aumenta na medida que sua referência neste local de se haver com nosso investimento, telefonemas e visitas, questionamentos sobre o tratamento e a alta insistentes. Ele começa a melhorar quando é mantido mais tempo fora do pátio e em contato com os funcionários, passa a ajudá-los com os serviços cotidianos de organização do hospital. Era a possibilidade de estar em um ambiente mais saudável, realizando atividades produtivas.

No momento de sua alta parecia termos avançado muito: a tia o acolhe, ele tem uma cama, não fica mais *zanzando pela rua ou no Ambulatório*.

Logo começo a me preocupar com seu estado. Estava apático, calado, seu carisma apagado. Seu desejo estava *barrado*. Não queria mais fazer suas andanças pela cidade, ficava semanas deitado na cama coberto até a cabeça. Efeitos de três meses de internação. Aquilo não era melhora, era apenas *organização*.

Ele comparece às consultas psiquiátricas com a tia mas, quando oferto atendimentos sistemáticos comigo, rejeita. Neste dia me ponho a disposição para conversar, caso ele mudasse de idéia na semana seguinte.

No dia combinado ele entra na sala e diz “*eu quero que você recupere meus irmãos perdidos*”. Me diz que fica bravo comigo porque eu não faço isso. Novamente, agora fora da crise, ele pode trazer a demanda da família, a demanda por uma costura em rasgos feitos naquele grupo a muitos anos e que precisavam ser cersidos.

Proponho então que comecemos a resgatar a história de sua família. Ele concorda.

Após alguns dias Vitor tem uma crise. Faço a leitura de que esta era uma crise que buscava produzir potência, uma vida mais rica. Durante a crise agride verbalmente a tia. Esta também tinha suas desassistências: um marido alcoolista que já chegou a agredir. Isso mexia com Vitor e é exatamente falando do marido que ele criou na tia uma repulsa a ele quase tão intensa quanto a que tinha o pai.

Vitor tem essa característica: é extremamente sensível e percebe os outros. A forma como usa essa percepção tem sido agredindo as pessoas naquele ponto onde *dói mais*. Ele fazia isso com os técnicos, com os familiares; fez isso com a tia. Ela o expulsou de casa.

Nesse momento apostei em Vitor. Ele dormiu no Albergue três noites com o único contrato de que ele teria que segurar *algumas pontas* porque agora a tia não poderia cuidar dele. Este momento foi muito importante. Vitor brigava comigo dizendo que *eu não resolvia nada* tive que lidar com meus limites e os dividir com ele. Dizia a ele que seria muito bom se eu pudesse resolver tudo mas eu não podia, também era limitada. Perceber a possibilidade de limites não enquanto *morte* também foi uma coisa importante para Vitor. Compartilhei com ele a necessidade de que ele me ajudasse e, pela primeira vez, ele pôde se responsabilizar por si mesmo, pela sua angústia e não entrou em crise.

A tia volta atrás e deixa que ele mora com ela novamente. Mas Vitor estava “abalado”. Volta a construir delírios que sempre retornam em sua crise: um carro que teria sido guinchado e estava no pátio, se ninguém da família fosse buscá-lo, seria desmanchado. Podemos compreender esse delírio a partir do que já analisei do desfacelamento familiar. Era preciso que aquela família pudesse olhar para aquele carro guinchado, com o risco de se desmancharem todos. Havia algo que me dava a idéia de um prognóstico não tão ruim: Vitor sempre me dizia que o carro estava novo, sem nenhum estrago, só precisava ser retirado a tempo.

Neste momento do tratamento, Vitor começa a me pedir atendimentos: fazemos vários atendimentos no Ambulatório e uma vez fomos ao Fórum conversar sobre seus irmãos com a Assistente Social que conhece bem a história da família. Nos atendimentos na sala me pergunta muitas a respeito do funcionamento e utilidade das coisas, assim como as crianças na fase do “o que é isso?”. Me sentia em uma função de maternagem, apresentando um mundo e, ao mesmo tempo, vendo se desfigurar um mundo interno cheio de dúvidas, medos e curiosidades. Conversamos sobre a morte (do seus tios, da avó), sobre o nascimento, sobre Deus, o amor, a família e o casamento.

A tia começa, então, a fazer o vínculo com os pais de Vitor e em algumas semanas ele volta a morar com os mesmos. Creio que esse momento é fundamental. De alguma forma, é o início do *resgate de seus irmãos perdidos*. Ele sempre dizia: “*eu tenho família, tenho casa, a casa dos meus pais*”.

Hoje em dia Vitor mora com os pais, eles não se agridem mais e ele passou, da garagem, a dormir na sala – quem sabe o quarto será o próximo passo? O pai tirou todos os seus documentos porque “*pais só tem um, em caso da gente faltar ele tem que ser alguém*” (SIC pai).

A experiência de poder ser um bom filho, para Vitor e da capacidade de cuidar de um filho, para estes pais, está sendo extremamente terapêutica. Há, ainda, muita ambigüidade no sentimento dos pais por ele – e vice e versa. Os pais sentem culpa, medo, vontade de cuidar e medo de não saber cuidar – tudo ao mesmo tempo. Penso que os atendimentos familiares tem de caminhar no sentido de ajudar estes pais na função do cuidado. No último encontro meu com o pai ele dizia “*vou comprar uma lousa bem grande para ensinar ele a ler*”.

Vitor hoje circula no Ambulatório apenas nos dias de consulta ou em alguns momentos de visita. Nem todos os funcionários puderam se dar conta das mudanças. Para alguns ele ainda é aquele menino que *fica o dia inteiro aqui* (SIC). O desamparo de Vitor pôde ser tratado, ainda falta muito para o estabelecimento e seus profissionais.

“A cura não é uma obra de arte, mas deve proceder do mesmo tipo de criatividade. A interpretação não fornece chaves padronizadas para resolver problemas gerais (...) mas deve constituir um acontecimento, marcar uma bifurcação irreversível da produção de subjetividade – em suma, ela é da ordem da performance, (...)”

(ibidem: 201)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- ALTOÉ, Sônia (org). *René Lourau*, analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Record – Rosa dos Tempos, 1998.
- BARROS, Regina Duarte Benevides de. *GRUPO: A Afirmação de Um Simulacro*. São Paulo: 1994. 438 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- CAMPOS, Gastão Wagner. *Saúde Paideia*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- CARVALHO, Doralina Rodrigues. *Uma clínica de intercessão social: posturas éticas e práticas cidadãs*. Disponível em: www.psicodramacidade.com.br. Acesso em: 02 mar. 2003.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações*. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.
- FUGANTI, Luis. A ética como potência e a moral como servidão. Disponível na página: <http://www.psicodramacidade.com.br/cidsub/fuganti.htm>. Acesso em: 23 de ago. 2004.
- GIL, José. Prefácio. IN: *A Imagem-nua e as pequenas percepções*, estética e metafenomenologia. São Paulo: Ed. Relógio d'água, 1996, p. 07-22.
- _____. A visão do invisível. IN: *A Imagem-nua e as pequenas percepções*, estética e metafenomenologia. São Paulo: Ed. Relógio d'água, 1996, p. 23-36.
- GUATTARI, Félix. Introdução à psicoterapia institucional. IN: GUATTARI, F. *Psychanalyse et transversalité*. Paris, Maspero, 1972. P. 39-51.

- GUATTARI, Félix. *Caosmose*, Um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- KASTRUP, Virgínia. A Psicologia na rede e os novos intercessores. IN: FONSECA, Tânia Maria Galli e FRANCISCO, Denise Juliana (orgs) “*Formas de Ser e Habitar a Contemporaneidade*”. Porto Alegre: Editora da Universidade (Universidade do Rio Grande do Sul), 2000.
- LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. In: LANCETTI, A. *Saúde loucura 1*. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 75-89.
- MARAZINA, Isabel. AS fronteiras do terapêutico no trabalho da rede pública.
- MATSUMOTO, S. et al *Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família*, Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev.2005.
- MERHY. E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: MERHY, E. E. e ONOCKO CAMPOS, R. (orgs) *Agir em Saúde – um desafio para o público*. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MERHY. E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. IN: MERHY, E. E. e ONOCKO CAMPOS, R. (orgs) *Agir em Saúde – um desafio para o público*. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MOURA, Arthur Hyppolito de. *A psicoterapia institucional e o clube dos saberes*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- NAFFAH NETO, Alfredo. *Princípios para um psicoterapia genealógica*, a vida como valor maior. Cadernos de Subjetividade. São Paulo, v.2, n.1/2, p.121-128. 1994.
- ONOCKO, Rosana. *Clínica: a palavra negada*. IN: Saúde em debate, Rio de Janeiro, V. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O Processo Grupal*. Trad. Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

- ROLNIK, Suely. Psicologia: Subjetividade, Ética e Cultura. In: *SaudeLoucura* VI. São Paulo: HUCITEC, 1997.

- SANTA CRUZ, M. A. A clínica e seus efeitos na subjetividade. *Revista Subjetividades Contemporâneas*. Ano 1, nº1, 1997 – Instituto Sedes Sapientae: São Paulo.

- ESPINOZA. *Os Pensadores*. São Paulo: Editor: Victor Civita, 1983.