



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

A CLÍNICA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Iara Scaranelo Penteado Benini

Campinas, 2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

A CLÍNICA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Iara Scaranelo Penteado Benini

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, como requisito para obtenção de título de “Especialista”, sob orientação da Prof.^a Dra. Rosana Tereza Onocko Campos e do Prof.^o Dr. Alberto Giovanello Diaz.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Sumário

Introdução.....	04
O lugar do não lugar.....	06
A clínica e a reforma psiquiátrica.....	12
Clínica do corpo a corpo.....	19
A clínica e o terapêutico.....	25
Benvindo.....	29
Bibliografia.....	40

Introdução

“Áspero é o caminho do aprendizado (...). A meta do arqueiro não é apenas atingir o alvo; a espada não é empunhada para derrotar o adversário; o dançarino não dança unicamente com a finalidade de executar movimentos harmoniosos.

O que eles pretendem antes de tudo é harmonizar o consciente com o inconsciente. Para ser um autêntico arqueiro, o domínio técnico é insuficiente. É necessário transcendê-lo, de tal maneira que ele se converta numa arte sem arte, emanada do inconsciente”.

E. Herrigel¹

Aprimorar era algo que desejava quando decidi aceitar este novo desafio em minha vida e em minha profissão. Abandonei muitas das minhas atividades para viver essa nova experiência e assim, realizar a travessia.

Ao olhar no dicionário a palavra “aprimorar”, dentre as muitas definições, me chamou a atenção uma frase que dizia: “Certos vinhos tornam-se mais deliciosos e mais se aprimoram à medida que os anos passam”. No entanto, diferente do vinho, que se aprimora em estado de repouso, a mim foi necessária muita movimentação, num ano exaustivamente repleto de novidades, dores e alegrias.

¹ Disponível em: <http://www.ronin47.xpg.com.br/Herrigel_Eugen_-_A_Arte_Cavaleiresca_do_Arqueiro_Zen.pdf>. Acesso em 22 de fev. de 2012.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Desde meu primeiro contato com o programa de aprimoramento, não tive a pretensão de provocar grandes mudanças no serviço em que estagiaria, o que me gerou algumas reflexões no início, visto parecer-me ser algo esperado pelas instâncias envolvidas no processo. Isso talvez tenha acontecido pelo fato de eu chegar com a alma já calejada da experiência de viver a dor e a delícia que é trabalhar na área da saúde mental.

Apesar de não ter mais o frescor daquele que acaba de se formar, isso era fato e eu não podia negar, não me faltava energia para fazer aquilo que acreditava: trabalhar clinicamente, de acordo com as necessidades e desejos daquele que me demandasse, segura em me aproximar e em me distanciar nos momentos em que fosse necessário, me emprestando ao outro na reconstrução de sua subjetividade, sempre empunhada da bandeira da luta pela cidadania.

Através da potência do encontro e daquilo que se produz a partir deste, era meu desejo servir como passagem, para que os usuários pudessem realizar sua travessia, assim como dizia Nietzsche, “a grandeza do homem consiste em que ele é uma ponte e não um fim...”.

De acordo com Saraceno (apud Pitta, 1996), penso que a prática dos profissionais envolvidos neste trabalho não deve ser vista como ponto final, mas sim como uma ponte que leva o sujeito de volta à sociedade.

O lugar do não lugar

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará, assim, uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto.

(...) Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angustias, para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seus próximos e à comunidade”.

Albert Einstein²

O lugar do aprimorando é o lugar do não lugar. Esta condição é causadora de intensa angústia até o momento que se percebe que o espaço “em branco” é o melhor lugar para construir sua trajetória.

Assim penso também sobre o espaço de convivência do CAPS, lugar de inúmeras possibilidades de encontros e construções, mas esta última não acontece pelo simples fato de mais de um corpo habitar o mesmo espaço. Onde é possível ver potência, capacidade de transformação, também se pode respirar desamparo, solidão, medo, angústia e, se estiver disponível, uma pequena aproximação lhe permitirá assistir alguém perdido no seu próprio ser, em busca de um lugar naquele espaço.

² COCIUFFO, T. *Encontro Marcado com a Loucura: Ensinando e Aprendendo Psicopatologia*. São Paulo, p. 81.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Que espaço seria esse? Talvez não importe separar neste momento, se considerarmos que encontrar um espaço interno pode fazer com que alguém habite melhor seu espaço externo, e que um sujeito pode encontrar um espaço externo do qual se aproprie e então possa construir seu espaço interno.

Nesse sentido, podemos considerar a instituição CAPS um lugar concreto que tem a função inicial de servir de referência ao usuário, buscando assim, através da atenção integral, possibilitar algum lugar para aquele que não está em lugar nenhum.

“Dada a precariedade, na psicose, da mediação simbólica representada pela palavra, o “tecido institucional” é o dispositivo capaz de acolher e sustentar possibilidades transferenciais e expressivas inapreensíveis no âmbito dos dispositivos tradicionais”. (Tenório, 2001 p. 69).

Para pensar no espaço de convivência do CAPS, onde pude entrar em contato com os pacientes mais dependentes que ali estavam todos os dias, nos mesmos horários e às vezes fazendo as mesmas coisas, foi preciso levar em conta a maneira como esse espaço é investido e vivido por estes usuários do serviço.

Enquanto Benvindo passava todos os dias sentado na frente da televisão, repetindo as mesmas coisas para as pessoas que passavam, como um convite para ser olhado e escutado, Vida, por sua vez, ocupava todos os espaços, se fazia ser vista e ouvida, muitas vezes impondo seus desejos e falando palavras amargas àqueles que lá estavam.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

“(...) Derrelição, “lugar sem lugar do ser perdido” (...) neste nível de solidão que devemos experimentar entrar em contato para tentar “estabelecer relações humanas” ”. (Lecarpentier, 1993 p. 2).

Quando cheguei ao CAPS Estação, pensava que encontraria meu lugar nos lugares já demarcados e oferecidos como ponto de encontro, então, usufruindo da grande hospitalidade de todos os novos colegas de trabalho, participei de praticamente todas as atividades oferecidas com o intuito de conhecer e poder escolher em qual destas eu estaria mais continuamente no decorrer do ano.

Fui descobrindo e conhecendo como era potente cada um destes espaços, e transitando despreziosamente no lugar chamado de convivência, encontro pouco a pouco minas de ouro da subjetividade e grandes possibilidades de trabalhar com aqueles que não habitam outros espaços grupais, ou habitam de uma maneira tão destoante que acabam não sendo bem vindos pelos seus próprios companheiros.

Entre as diversas atividades do CAPS, das quais participei durante todo período de aprimoramento, reservei um espaço para a convivência, fosse no espaço de ambiência do CAPS, fosse na rua, na padaria ou em qualquer outro lugar que respeitasse a singularidade daquele sujeito que estava sendo acolhido.

Oury (1991) nos fala que esperar passivamente não é o mesmo que neutralidade, podendo ser freqüentemente uma espécie de sadismo camuflado, e diz, “devemos nos envolver, ao contrário, numa “espera ativa”, numa espera instrumentalizada. É esta a

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

verdadeira neutralidade que permite liberar rapidamente o que é pregnante e vai permitir ao outro se manifestar”.

Muitas foram as vezes que do momento grupal se desenrolou um acompanhamento terapêutico, no qual era possível fazer uma junção das coisas. “O grupo pode ser um espaço privilegiado para vivenciar-se de uma nova maneira as transferências maciças dos psicóticos” (Onocko Campos, 2001 p.12).

Vida ia poucas vezes ao grupo de geração de renda, e quando ia ficava transitando sem realizar as atividades específicas do grupo. Sempre ao final deste, era pago dois reais para cada participante, então, a pedido dela, comecei acompanhá-la logo após o encontro do grupo, em uma rua próxima, caracterizada pelo comércio, para que ela comprasse com seu dinheiro aquilo que desejasse ou, quando dizia que gostaria de “guardar para o futuro”, acompanhava-a até o local onde costumava guardar seu dinheiro no CAPS.

Parece que Vida passou a ver um sentido em estar ali e começou a freqüentar o grupo mais assiduamente. Um dia, lado a lado, fizemos juntas um caderno, no qual ela pôde mostrar o quanto é hábil manualmente e cuidadosa com o trabalho que estava fazendo. Ao final, entusiasmada com o que havia ocorrido, digo: “olha pessoal, como ficou bonito o caderno que a Vida fez”, e todos começaram a bater palma e ela, mais sorridente do que nunca, me diz: “hoje eu trabalhei bastante”.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Estando em uma atividade determinada ou estando em qualquer outro lugar, é preciso se atentar a uma forma de estar específica, da qual nos diz Oury (1991), “é necessário ser capaz de aceder a um certo lugar, uma certa ‘paisagem’, ser sensível ao pequeno detalhe, mesmo escondido, mesmo insólito, ser sensível à emergência, ser sensível àquilo que tem pathos.”

Ainda nos fala Lecarpentier (1993) “ “Estar com”: no encontro precário com o doente pode, às vezes, se estabelecer um ponto de transferência a partir do qual é possível dizer que depois não é como antes”.

Vida e eu, sempre que possível, saímos juntas, passeamos pelo bairro, conversamos muitas vezes através dos seus delírios, levamos seu dinheiro para que ela possa comprar algo que deseja, fazemos contas juntas para ver o que é possível levar.

Ela faz mais amizades pelo caminho, fala com aqueles que passam por nós, muitos seguem, outros ficam curiosos para entendê-la e tentam se comunicar de alguma maneira. Um dia, a caminho do mercado, Vida colheu uma flor na rua, colocou no meu cabelo como, de costume, faço com ela, e me disse: “você me faz sorrir”.

Acredito que este é o lugar que todo profissional da saúde mental deveria ocupar, independente da condição profissional ou de sua posição na instituição. Não há um caminho certo e pronto a ser seguido quando se trata do tratamento de psicóticos, construímos este caminho no decorrer do mesmo. Por isso, não se tem um ponto de chegada, mas sim um rumo.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Sobre esta questão, Motta (1997) defende que “na prática reside o argumento irrefutável de que é preciso ousar, afinal, cair na tentação das fórmulas prontas é estancar o fluxo da vida, e nossos pacientes são um exemplo de tal estancamento”.

A clínica e a reforma psiquiátrica

“De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”.

Foucault³

De acordo com Paulo Amarante, a reforma psiquiátrica é um “processo social complexo”, pois articula diversas dimensões que se relacionam simultaneamente, envolvendo atores, conflitos, movimentos e uma impossibilidade de compreensão da complexidade e totalidade do objeto de conhecimento.

“A noção de complexidade atende ao desafio de resgatar a singularidade da operação ocultada pelo conceito, sem que esse desmascaramento signifique “descobrir” a “verdadeira realidade” do objeto” (Amarante, 2003 p. 54).

A reforma psiquiátrica tira o sujeito da posição de doente, considerando a psicose uma questão de existência. Sendo assim, é uma questão do sujeito e não apenas uma questão de sintomas, mas como nos faz refletir Tenório (2001) esta é uma crítica ao paradigma médico, onde o sintoma é algo a ser eliminado devido a sua negatividade.

³ Disponível em: <<http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/23.pdf>>. Acesso em 22 de fev. de 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

“Totalmente diferente, por exemplo, é a apreensão psicanalítica do sintoma: desde Freud, assumimos que o sintoma diz uma verdade do sujeito, ou seja, que, ao mesmo tempo em que eclipsa o sujeito, o representa” (Tenório, 2001 p. 57).

Neste sentido, na psicose, o delírio deve ser visto como produção de subjetividade, ou seja, não como algo negativo a ser eliminado, mas sim como algo a ser positivado. Rotelli (apud Tenório, 2001) afirma que nosso objeto é a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, e que a “doença mental” é um objeto reducionista.

Sendo assim, se trata de negar a instituição “doença mental” como nos propõe o paradigma italiano da desinstitucionalização, de considerar a instituição de tratamento como um lugar de laço social e de não desprezar a reabilitação psicossocial do tratamento, entendendo que “tratar é ajudar a recuperar a competência social” (Tenório, 2001 p. 54).

Dessa forma nos fala Delgado (apud Tenório, 2001) que “nosso território de atuação situa-se entre a saúde e o bem-estar social, e tudo o que for da cultura de nossos clientes nos interessa. Por isso, preferimos substituir os termos “psiquiátrico”, “psicológico”, “psicanalítico”, e dizer que a tarefa dos novos serviços é a “atenção psicossocial””

A psicanálise localiza a existência do sujeito no delírio, considerando que aquilo que antes era chamado de desrazão, nas formulações cartesianas (séc. XVII) e iluministas (séc. XVIII), tinha um sentido que se opunha à oposição entre sujeito e desrazão.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Não se trata de buscar razão na desrazão, idealizando a loucura e desconsiderando o sofrimento que ela causa, assim como não se trata de negar a doença, mas trata-se de não reduzir o sujeito à condição de objeto, considerando suas dimensões biológica, psicológica e social.

Sobre esta questão Onocko Campos (2001) nos fala que “a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente”.

Lembro-me de uma usuária do serviço que estava em leito noite devido a uma crise. Um dia ela me procurou e pediu o telefone, pois queria ligar para seu filho e saber como estava, justificou espontaneamente que ele é adolescente e poderia estar se colocando em risco na sua ausência.

O conceito de “clínica ampliada” nos chama a atenção para a complexidade dos sujeitos e para os limites da prática clínica focada na doença. “Sugere-se, portanto, uma ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica”. (Campos, 2003).

Penso ser importante observar o fato de que a “clínica ampliada” considera esta nova maneira de articular o cuidado em saúde mental, ressaltando a importância de que o modelo que nos orienta é o de campo, e não o de núcleo.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

É preciso não se limitar ao núcleo, entendendo que a borda se encontra no campo da saúde mental, onde muitas vezes será preciso que outras áreas de saber entrem em cena, para que possamos cumprir nossa tarefa.

“O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”
(Campos apud Campos).

Então não se trata de cair no reducionismo e considerar apenas a psicanálise, mas de tê-la em seu conhecimento para lidar com certa distância entre a teoria e as singularidades com as quais nos deparamos.

“É, sem dúvida, importante que ela esteja, por exemplo, na gaveta – em todo caso, o único lugar no qual ela não deve estar é no centro do dispositivo analítico”. (Guattari 2000, p.204).

O profissional técnico deve ocupar uma posição entre o saber teórico e o sujeito, buscando reconhecer a singularidade de cada caso, lado a lado do sujeito a ser analisado. Neste sentido, Campos (2010) nos fala que “na práxis, o agente da ação, ademais do planejamento prévio com base no saber acumulado, deverá considerar o contexto singular em que sua ação se realiza: outros sujeitos envolvidos, valores, circunstâncias históricas, etc”.

Outro aspecto importante da clínica na reforma psiquiátrica a ser considerada é a noção de projeto terapêutico singular. “O Projeto Terapêutico Singular

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

(PTS) é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade”. (Oliveira, 2008).

Tenório (2001) observa que o projeto terapêutico se opõe às práticas não singularizadas e homogeneizantes das instituições tradicionais, valorizando a necessidade de refletir clinicamente a especificidade de cada caso e diz, “a exigência de conceber projetos terapêuticos singulares, abertos à permanente revisão, é um dos valores mais importantes das novas práticas de cuidado”.

No entanto, ele nos chama a atenção para a imprevisibilidade da clínica, onde não é possível prever e, por isso, saberemos o efeito de uma intervenção só a posteriori, através das indicações do paciente, principalmente as da transferência.

O fato de não ter uma consulta tradicional não significa estar deixando de intervir clinicamente.

A técnica de referência de Diamantina levou seu caso para discussão na reunião de mini-equipe, após conversa todos concordaram com sua proposta em diminuir as idas de Diamantina ao CAPS, considerando que, apesar de psicótica, tinha um funcionamento histórico no ambiente do CAPS, o que a deixava pior, considerando o quadro clínico. Diamantina teve uma melhora considerável após esta conduta.

Sofia foi anunciada como quem adorava se aproximar dos aprimorandos, alguns falaram que talvez fosse pelo fato de ela saber que, na data determinada, estes vão embora. De fato, se mostrou bastante paranóica no início da aproximação, não aceitava a separação entre ela e o outro, tendo dificuldade com a mínima regra onde esta separação tomava forma.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Talvez este fosse um dos motivos para aproximar-se dos aprimorandos, jovens, na sua maioria recém formados, no início da carreira, chegando no CAPS sem compromissos determinados e com maior disponibilidade em lhe propiciar um lugar especial do qual ela tanto buscava.

Brigou comigo após avisá-la de que sua equipe havia avaliado ser melhor não passearmos no centro da cidade naquele dia (seria a segunda vez que sairíamos juntas), visto sua condição psíquica; estava em leito noite devido à crise, desorganizada e bastante hostil.

No momento em que lhe disse sobre a impossibilidade de sairmos juntas naquela tarde, ficou muito brava e se recusou à escolha de um outro dia para a atividade, me disse que eu não mais deveria tocar em suas coisas.

Naquele momento considerei importante me afastar e nos dias que se seguiram, numa tentativa de lhe mostrar a separação entre eu e ela, sempre a desejava um bom dia e me despedia ao fim das atividades, sempre olhando em seus olhos, mas ela, sempre sisuda abaixava a cabeça.

Procurei me mostrar disponível e amável, numa tentativa incansável de lhe dizer através dos meus gestos e olhares que eu continuava ali à espera dela, estava angustiada e desejava verdadeiramente continuar a relação que havíamos iniciado, mas concordava com o limite imposto por sua equipe e acreditava ser preciso este manejo, para que tivesse um efeito terapêutico de acordo com algo específico de sua subjetividade.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Uma técnica, colega de trabalho, com uma relação mais preservada com Sofia naquele momento, entendeu a importância de mais alguém entrar no caso naquela hora e fez uma conversa com Sofia que gerou frutos. “Deveríamos criar uma rede de sustentação, de suporte, na qual os pacientes possam experimentar, de novo, suas transferências maciças, com resultados diferentes” (Onocko Campos, 2001).

Um dia, fui, como de costume, ao grupo em que ajudava coordenar, e do qual ela, apesar de ausente desde então, participava. Sofia entrou e me deu sua mochila pedindo que eu procurasse seu CD para tocar música durante o encontro do grupo. Foi a maneira que ela encontrou de me dizer que poderia novamente tocar nas suas coisas, tocar na sua vida.

Clínica do corpo a corpo

A clínica deve ser artesanal, contrapondo-se à “racionalidade gerencial hegemônica” (Campos, 2010), em que as teorias e métodos determinam o trabalho do ser humano. No entanto, no dia a dia do CAPS, pode ser observada a exigência de algumas burocracias. Estas parecem não tolher a autonomia do profissional quando inserido na práxis, mas talvez os consumam de tal maneira que me põe a perguntar se isto lhes deixa pouco tempo para a clínica do corpo a corpo.

Outra questão é o número de profissionais técnicos para o número de usuários. Será isso impeditivo para um trabalho mais artesanal? É preciso tempo para estar com o usuário na rua, na ambiência, no grupo, assim como é preciso desejo, disponibilidade interna para articular política e clínica.

“Política é o governo da Polis, lida com as relações sociais e com os outros. Clínica é o trabalho terapêutico de humanos sobre humanos, cuidado de si e dos outros”. (Campos, 2011). Nossas ações, quando vinculada a estas diretrizes, assim como ao valor da ética (construção da autonomia, direito à cidadania), modifica e amplia a racionalidade técnica.

No trabalho em saúde é indispensável a lógica da práxis, visto que é principalmente nas práticas sociais, onde o trabalho se realiza mediante interação pessoal, que nos deparamos com os limites da racionalidade tecnológica. “A técnica

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

acomoda e serve a grande parte de nossas práticas, mas também amputa tudo aquilo que não cabe em seu leito estreito” (Campos, 2011).

A expressão “clínica artesanal” é utilizada por Lancetti (2011) para se referir a uma clínica diferenciada, voltada para aqueles que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais.

Esta pode se dar na ambiência, na rua, na padaria, no grupo, na sala de espera do centro de saúde, na ida e na volta das atividades em que acompanhamos os usuários.

Todos estes espaços são um convite a um trabalho clínico institucional, “como a possibilidade de “tecer um quadro de referência” que articule “transferencialmente” os elementos da história pessoal do paciente para permitir a ele “um novo posicionamento diante de sua doença, e talvez o aumento, enfim, de seu coeficiente de escolha diante da doença”” (Tenório, 2001)

Convidada por um usuário para jogarmos truco em um dos espaços de convivência do CAPS, atividade que ele costumava me propor algumas vezes, sentamos na área e começamos a embaralhar as cartas quando chegou Paulo, usuário que tinha pouco contato comigo, mas grande circulação na instituição. Paulo pediu para o outro usuário que o deixasse ser meu parceiro no jogo e rapidamente encontrou outro parceiro para seu colega. Sentia que Paulo estava o tempo todo fazendo de tudo para perder o jogo, apesar de demonstrar inúmeras vezes que conhecia a maioria das regras.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Sem ignorar o fato de que jogar truco com psicóticos tem algumas especificidades, Paulo parecia querer me dizer algo. Mesmo estando perdendo naquela rodada e tendo me dado sinais de que não tinha nada, trucou o adversário e já sabendo que o jogo havia acabado me disse: “é errando que a gente aprende, não é Iara?”

Ele havia endereçado a mim tanto o perder quanto o fato de aprender através de seu erro. Lembrei-me na mesma hora que poucos dias atrás eu o havia repreendido de maneira bastante firme, após surpreendê-lo agredindo uma usuária. Minha firmeza não contemplava dureza nas palavras e daí talvez sua cara de espanto e não de raiva à minha reação naquele momento.

“Misturamo-nos como uma gota de azeite no oceano da produção inconsciente, mas, sistematicamente, passamos o dedo e nos separamos para tomar distância e poder pensar, ou refazer o percurso ou nossa intervenção no percurso” (Lancetti, 2011).

Luzia me chama para passear com ela pelo bairro toda semana. Gosta de ir a padaria comer doce e também de se sentar na frente do mercado para saborear alguns espetinhos feitos no carrinho de churrasco que lá se encontra. É amiga do churrasqueiro, chama-o de tio e ele por sua vez a chama de sobrinha, fato que lhe deixa alegre.

Ela é bem vinda, vista como cliente, capaz de estabelecer trocas sociais, e afirma sua capacidade contratual dentro da sua condição de psicótica. “A negatividade

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

do lugar social do louco se dá por sua exclusão do universo das trocas sociais” (Tenório, 2001).

Neste sentido podemos pensar a reabilitação psicossocial como um processo de restituição deste poder contratual, visando ampliar sua autonomia.

As idas e vindas para Luzia são difíceis, a perda do contorno lhe causa intenso medo da dissolução do seu próprio ser, é preciso estar de mãos dadas e olhar diversas vezes para trás, com um olhar fixo, buscando a certeza de que tudo continua ali. Algumas vezes, Luzia solta da minha mão silenciosamente e logo em seguida a agarra com muita força dizendo: “não solta da minha mão, eu tenho trauma, você não tem”.

“A noção de autonomia traz consigo o risco de ser assimilada a um valor universal de liberdade, independência, desempenho, sempre aquém ou além da singularidade do sujeito” (Tenório, 2001). Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser.

Conto os casos para discutir, entre outras coisas, a questão do setting, que é um cenário, uma situação, um espaço dentro-fora, que facilita a comunicação inconsciente.

Falando da “clínica peripatética”, para descrever uma clínica que acontece fora do consultório, em movimento, como estratégia importante para aqueles que não se

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

adaptam aos protocolos clínicos tradicionais, Lancetti (2001) o chama de setting móvel, onde o terapeuta e o paciente atravessam o limiar dentro-fora da instituição.

“No domicílio, no território, ou nos percursos tortuosos da clínica peripatética, é preciso conquistar o poder terapêutico e praticar a negociação inerente à democracia psíquica: ... é preciso conhecer esses interlocutores invisíveis” (Lancetti, 2011).

O setting do qual estamos falando aqui não é um espaço protegido por quatro paredes e/ou por suas justas distâncias, apesar de considerar que este também muitas vezes se faz necessário. O contorno é dado pelo corpo do terapeuta, mas também não basta estar só com o corpo.

Neste sentido nos diz Lancetti (2011) “o terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho no qual se substitui o muro do hospício pelo corpo do terapeuta”. Sendo assim, o cumprimento da tarefa não se resume no acompanhar, o que nos levaria ao risco de uma tentativa de adaptação.

Para isso, se faz necessário a entrega do terapeuta à causa e sua disponibilidade em trabalhar em ambientes não protegidos. Assim nos diz Lancetti que os diplomas dos técnicos de nada valerão se não “se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança” e finaliza dizendo que é preciso ter paixão pela diferença.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Trabalho prazeroso, porém árduo e produtor de sofrimento por várias vezes. Muitos foram os momentos em que me vi confusa, em dúvida, precisando me afastar para me enxergar e então poder retornar ao espaço de convivência.

Nestes momentos a sala de equipe trancada me serviu como espaço de proteção, espaço de reflexão sobre a mediação entre conhecimento e prática, conhecimento de mim mesma e da teoria, assim como espaço de troca de saberes e experiências com os trabalhadores do CAPS.

Sei do perigo de ela virar um “esconderijo” e por isso, tentei manter, a todo o momento, minha reflexão crítica sobre ela, mas não posso negar que foi de grande valia este único espaço protegido, onde tantas coisas discutimos, construímos, aprendemos, onde nos apoiamos, evitando cair em uma produção alienada.

“Tratar psicóticos, colocando a doença entre parênteses, fazendo advir uma clínica do sujeito, nos desafia a sermos capazes de mudar nosso setting. Nada contra o divã, mas temos certeza que a clínica que almejamos para o serviço público não será construída somente em volta dele” (Onocko Campos, 2001).

A clínica e o terapêutico

“A amizade desenvolve a felicidade e reduz o sofrimento, duplicando a nossa alegria e dividindo a nossa dor”.

Joseph Addison⁴

Quando entrei pela primeira vez no CAPS Estação, o fato que mais me chamou a atenção foi o portão ter sido aberto por um homem grande e devidamente uniformizado. Isso não havia acontecido nos outros CAPS que visitamos e não sabia ao certo qual era sua função ali, porteiro ou guarda patrimonial, mas logo tive certeza de que não fazia diferença tal classificação, pois sua maior função era ser terapêutico.

André passa a maior parte do tempo próximo ao portão, porém empunhado de seu violão, toca, canta e até compõe músicas junto de um usuário, que passa os seus dias, quando está em leito noite, em crise, tocando, compondo e cantando junto com André.

Antes do advento da reforma psiquiátrica, a orientação ao pessoal da limpeza, segurança e administrativo era com frequência, a de se manter o mais neutro possível para não atrapalhar o tratamento.

“Discrição, distanciamento e contato mínimo são garantias de neutralidade requerida para que o tratamento esteja assegurado dentro das melhores condições”. Assim nos fala Lecarpentier descrevendo o funcionamento de um hospital psiquiátrico.

⁴ Disponível em: <<http://pensador.uol.com.br/frase/NDYxOA/>>. Acesso em 22 de fev. de 2012.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Lembro-me de ouvir a equipe dizer de outro usuário: “Precisamos discutir o caso, com as férias do André talvez o usuário não venha ao CAPS, ele costuma vir somente quando o André está presente”.

A maioria das vezes que passeio com Luzia ela se arrisca a soltar de minha mão para colher flores na rua e poder oferecê-las a uma das funcionárias do administrativo. Cito ainda as meninas da limpeza, que se propuseram a ajudar a lavar o coelho de pelúcia que Sofia comprou para sua filha em um brechó, a fim de presentear-la no natal.

Neste sentido Lancetti (2011) afirma que “a potencialidade terapêutica desses trabalhadores afetivos, ..., revela sua capacidade de incidir nos processos de produção de subjetividade”.

Vida, recorrentemente pega o rodo das funcionárias da limpeza e começa a puxar a água que acumulou em volta da piscina. “As trocas, as circulações são facilitadas graças à utilização cotidiana, pelos pacientes e pelos funcionários, de objetos que são manipulados concretamente com a responsabilidade partilhada” (Lecarpentier, 1993). Desta maneira torna-se possível, para cada um, a vida em coletividade.

Penso estes exemplos como espaços potentes onde se constitui uma amizade. “A posição de amigo proporciona uma presença continuada que permite furar o cerco da separação fundamental de uma sociedade onde essas pessoas não têm lugar para existir ou de um grupo humano do qual vivem separadas” (Lancetti, 2011).

Oury (2009), nos fala sobre o coletivo não como uma estrutura, mas como uma função muito complexa, “cuja finalidade essencial é fazer funcionar todas as estruturas institucionais em uma dimensão psicoterápica”.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Ele nomeia de “Espaço do dizer” ou de simplesmente um “lugar”, que é ou pode ser todos os espaços de tratamento, não somente aquele que foi criado diretamente com esta função, mas principalmente aqueles que se colocam de maneira não direta e que permitem que alguma coisa lá aconteça.

Ainda nos fala que esta é uma função do coletivo, ser “um sistema que permita a emergência de alguma coisa, que permita que tenha vida simplesmente, e que ela não seja sufocada pelas tramas repressivas”. (Oury, 2009).

Um dia, tomando café com uma das colegas da limpeza, ela me conta que freqüentemente toma o ônibus junto de Benvindo e que, apesar de pouco dizer, fez amizade com uma senhora que vende café no ponto do ônibus para os trabalhadores que madrugam, e que esta o chama de “Zé” (que não é o seu nome) e lhe serve café gratuitamente sempre que possível. História que se não fosse contada pela colega, tendo como referência aquilo que víamos de Benvindo no CAPS, naquele momento de sua construção clínica, jamais imaginaríamos.

No início do aprimoramento, em uma supervisão clínica, estava sendo discutido o caso de um usuário do serviço, e para a surpresa de toda a equipe alguém anuncia que um dos técnicos de enfermagem o conhece desde criança, e este quando convidado a falar contribui com dados novos e importantes para o caso.

“E nesse momento entra em jogo imediatamente o encontro, os fenômenos do encontro entre as pessoas, que vão fazer com que não seja a obra de um sozinho, mas, por definição, de um coletivo. Trata-se de ler com vários alguma coisa”. (Oury, 2009).

Sendo assim, penso que a “constelação” (Oury, 2009) não se trata apenas dos profissionais técnicos envolvidos no caso, mas de acordo com Oury, de todas as

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

peessoas que têm alguma relação com qualquer um dos usuários. Desta forma, para tratar o paciente psicótico, o mais importante é estabelecer relações indiretas, levando em consideração os sistemas de mediação e a estrutura coletiva.

Liberdade de circulação é o mínimo necessário para que haja “constelação”. O paciente escolhe aquele que lhe agrada (faxineira, psicóloga, TO, guarda patrimonial, assistente administrativo, etc.) e quanto mais diversa for a “constelação”, “há então muito mais possibilidade de surpresas, de trocas, de manifestações, de expressão”. (Oury, 2009).

Será que nos ouvimos da maneira que precisamos nos ouvir enquanto equipe? No dia a dia do CAPS estamos nos relacionando com todos os funcionários na busca de estabelecer relações de complementaridade? Os funcionários que foram contratados para funções não explícitas como terapêuticas, tem consciência da importância das relações que estabelecem com os usuários e do quanto são importantes no trabalho terapêutico como um todo?

É preciso questionar, é preciso questionar a hierarquia, pois independente da formação ou função que cada funcionário tenha no CAPS, seja ele provido de capacidade clínica ou não, poderá ter contribuições terapêuticas importantes no caso de um ou outro usuário. Mesmo se não reunimos uma “constelação” explicitamente, poderá haver “efeitos de constelação” se todo o sistema funciona bem, e se não estivermos atentos não a conheceremos, o que é muito grave.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Benvindo

“Psicopatologia literalmente quer dizer: um sofrimento que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno. Como paixão, torna-se uma prova e, como tal, sob a condição de que seja ouvida por alguém, traz em si mesma o poder de cura. Isso coloca imediatamente a posição do terapeuta. Uma paixão não pode ensinar nada, pelo contrário, conduz à morte se não for ouvida por aquele que está fora, por aquele que é estrangeiro, por aquele que pode cuidar dela”.

P. Fédida⁵

Escolho o nome Benvindo para contar o caso de um senhor, que acompanhei praticamente por todo o período do meu aprimoramento. Para encontrá-lo era fácil, bastava atravessar a sala de televisão e lá estava ele, com a mão estendida em busca de alguém que lhe tirasse daquele sofá, daquele estado de espera que parecia infinito.

Apesar de permanecer durante horas em um dos lugares mais movimentados do CAPS e estender a mão em busca de um cumprimento sempre que alguém passava, pedindo na maioria das vezes míseros 25 centavos, nem sempre recebia um aperto de mão em reciprocidade ao seu gesto.

⁵ Fédida, Pierre. *Clínica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Escuta, 1998.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

A mim ele foi simplesmente muito bem vindo. Apertava sua mão e olhava em seus olhos recebendo em troca um sincero sorriso todas as vezes que passava por ele, as vezes dez ao dia, as vezes mais, não me importava, pois para ele era realmente importante.”...O psicótico pode ser definido como alguém cujo sujeito “descarrilhou”, e que pode ficar um longo tempo assim, descarrilhado, nem mesmo numa via de resguardo, mas em um não-lugar, um estado de espera infinito, passivo...” (Oury, 2009).

Ele vinha ao CAPS de segunda à segunda, na instituição tomava seus remédios, fazia todas as refeições, tomava banho, usava roupas do leito e só ia embora após a janta para dormir em uma pensão paga com seu auxílio doença. Era visível o empobrecimento dos vínculos sociais, a falta de autonomia a dificuldade de comunicação verbal, entre outras coisas.

Dor de estômago, de dente e diarreia já eram reclamações constantes, mas após minha aproximação, começa a pedir para tomar inúmeros banhos durante o dia, diz estar “cagado”(sic), apesar da enfermagem me dizer na grande maioria das vezes, que não havia nada em sua roupa íntima. Notamos que o banho lhe acalma, e combinamos de atender seu pedido sempre que possível.

Zimerman (2004) fala sobre a importância em estarmos atentos às manifestações psicossomáticas, buscando compreendê-las e se possível decodificá-las “como um meio arcaico de comunicação dos primeiros registros do corpo no ego e deste no corpo”.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Alguns profissionais me diziam que conheciam Benvindo há muito tempo, e que ele era assim mesmo. Tenório (2001) nos chama a atenção para o perigo de focarmos a doença e seus sintomas ao invés de olharmos para o sujeito, e nos fala: “...a assistência psiquiátrica, quando concebida de uma determinada maneira, determina de antemão seus resultados, fazendo da institucionalização um destino inevitável”.

De maneira distinta, a “psicanálise realiza a tomada em consideração do sujeito. O pressuposto é o de que existe um sujeito no qual apostar, mas ele não está lá “antes”: o sujeito de que se trata na psicose advirá como efeito de um trabalho”. (Tenório, 2001).

Passaram-se semanas e um dia ele me pediu uma prótese dentária, conversei com sua equipe, e sua referência me apoiou no trabalho com o usuário me informando que, em discussões na equipe, havia um consenso de que Benvindo estava em um processo de demência.

Fomos caminhando, eu e Benvindo, até o centro de saúde mais próximo para uma consulta com a dentista. Lá tivemos a notícia de que a fila de espera para colocação de prótese é em média de dois anos, então fomos embora, e na caminhada de volta, Benvindo pediu para descansar deitando-se na calçada, olhou-me e com um sorriso pueril me fez um elogio.

Na tentativa de conseguir mais rápido uma prótese, marquei atendimento em uma clínica-escola, sempre buscando participar Benvindo de todas as decisões e

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

explicando as possibilidades dos serviços disponíveis, mesmo que ele só repetisse as coisas que eu lhe havia dito. Fomos até a universidade utilizando o transporte do CAPS e, no caminho, quando viu seu RG em minha mão, com um olhar fixo me pediu que devolvesse, disse que o RG era seu e que precisava dele.

Havia uma observação do administrativo de que seu RG não poderia ficar com ele, pois já havia perdido inúmeras vezes, sendo prejudicado financeiramente por isso, visto que nesta ocasião, usaram seu documento ilegalmente.

Explico isto para Benvindo, o que lhe acalmou, e propus tirarmos uma cópia e plastificarmos para ficar com ele. Ao mesmo tempo, fiquei bastante pensativa com o ocorrido e levantei a hipótese de que sua identidade não pertencia mais a ele, mas sim à instituição, não se tratava simplesmente daquele documento, apesar de ele só conseguir expressar desta maneira, no concreto, mas sim de toda a vida de Benvindo.

“A psicose envolve uma questão de existência, mais que uma doença. Isso significa que é uma questão do sujeito, e não apenas de sintomas, ainda que, como veremos, a aceção do sujeito varie; que os sintomas devam ser acolhidos e trabalhados na perspectiva das estratégias de vida do sujeito; que a psicose implique dificuldades de vida e no estar no mundo de modo geral; e que estas dificuldades não sejam estranhas à clínica ou ao cuidado” (Tenório, 2001).

Diferente de como ele passava os dias no CAPS, agora circula por todos os espaços, entra na sala de equipe quando a porta está aberta e sabe que estou lá dentro,

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

tenta falar comigo o dia todo e no início, quando eu dizia que naquele momento não podia, pois estava falando com outro usuário, ele se jogava no chão como uma criança e abria os olhos disfarçadamente para ver se iria socorrê-lo.

Benvindo apresenta freqüentes actings, como por exemplo, este que acabo de citar, bastante recorrente no início da nossa relação terapêutica. Os actings devem ser entendidos como uma “importante forma de comunicação – bastante primitiva – de sentimentos que o paciente não tem condições de verbalizar e que se expressam pela linguagem paraverbal da ação”. (Zimerman, 2004).

Por um período ficou transferido amorosamente, fomos cuidando disso e ele pôde dizer do seu desejo de ter uma namorada. Ajudei-o a entender que nossa relação era outra, mas que poderia namorar outras pessoas que não eu.

Tenório (2001) pontua a importância de tomar a fala do paciente como índice de sua condição existencial e de trabalhar consciente de que quando se assume um psicótico, assume uma responsabilidade de longo prazo. E ainda ressalta que o tratamento passa a obedecer ao movimento produzido na relação entre agente terapêutico e paciente, e que “essa formulação introduz a questão da transferência, entendida como condição para o tratamento, não apenas por ser o vínculo que engaja o paciente nesse tratamento, mas porque, como vemos, se aposta que é a partir da relação com o agente do cuidado que o paciente pode construir ou reconstruir alguma subjetividade”.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Algumas pessoas da equipe em geral, chegaram a me dizer da possibilidade de uma crise, e relataram que nos momentos de crise em que o acompanhou, ele também se colocava mais como “sujeito”. Entendi a preocupação e fiquei atenta para essa possibilidade, mas estava mais segura de que havia um novo movimento de acordo com o trabalho que estávamos desenvolvendo.

Após ser atendido pela dentista da universidade e receber a notícia de que também havia uma lista de espera de aproximadamente um ano, expliquei a ele (de acordo com a explicação da dentista) que a falta de todos os dentes prejudica a mastigação podendo de fato provocar diarreia. Benvindo reclamava constantemente da dificuldade de comer, pedindo-me a dentadura inúmeras vezes durante o dia. Pensando em um auxílio provisório, mas considerando que ele é bastante voraz oralmente, perguntei a ele se aceitava comer alimentação pastosa, explicando os benefícios e retomando o que a dentista havia falado.

Ele aceitou, mas poucos dias depois me procurou dizendo que ia morrer se continuasse comendo aquela comida, eu disse que precisava iniciar um trabalho em grupo, mas que poderíamos conversar depois. Então, Benvindo entrou no grupo dizendo que gostaria de participar para desenhar, expliquei que era um grupo fechado e que eu poderia ficar com ele na sala de TO depois, e perguntei se ele concordava, ao que respondeu, para nossa surpresa (minha e de outra profissional), que não. Digo surpresa, pois ele costumava repetir a fala e concordar com tudo, não expondo seu desejo. Mas dada a sua resposta, motivo de muita alegria, pois trabalhava para que pudesse

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

despontar um sujeito, pedi permissão para os outros para que ele pudesse permanecer desenhando, e todos aceitaram.

Enquanto o grupo acontecia, Benvindo desenhava em silêncio até que levantou sua folha de papel mostrando para todos aquilo que havia escrito: “Fome, vou morrer, dieta”.

Benvindo encontra bastante dificuldade para falar o que deseja ou sente, fala em frases picadas e muitas vezes se angustia nestes momentos, pedindo para ir ao banheiro inúmeras vezes ou queixando-se de outros sintomas corporais. Desta maneira, o desenho foi uma das possibilidades de comunicação, em determinadas situações.

Quase todas as vezes que íamos para a sala de TO, ele desenhava montanhas com sol, igreja, o nome de uma cidade, um prédio com a sinalização “INPS” e os nomes completos dele, do irmão e da irmã. Um dia, conseguiu me dizer que queria o RG original para ir para esta cidade, que era onde morava, pois a cópia não foi aceita no ônibus e queria ver os irmãos. Também contou um pouco das coisas que viveu durante este período.

Perguntei à sua referência se já haviam recebido ligações ou visitas de sua família, a mesma disse que não, e que seria preciso retomar os prontuários antigos, pois ele estava em tratamento naquele CAPS há nove anos. Retomando os prontuários, descubro que Benvindo perdeu sua mãe e irmãos em um mesmo desastre de ônibus, seu

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

pai já era falecido e poucos anos após faleceu sua namorada e seu tio (único cuidador naquele momento). Estes acontecimentos fizeram com que ele morasse na rua, tentasse diversos suicídios e fosse internado.

Os pedidos para visitar seus irmãos continuaram e em uma conversa com ele, contei que retomei seu prontuário e o que havia lido e explico que isso impossibilitava nossa viagem, pelo menos com este objetivo, pois infelizmente eles não estariam lá para nos receber. Benvindo chora bastante, nega que estas coisas tenham acontecido e repentinamente enxuga as lágrimas e me pede a dentadura como se o assunto não fosse aquele. Depois de alguns dias, volta a falar do assunto e me conta um pouco do que aconteceu, chora novamente, mas confirma a história.

Considerando que pacientes psicóticos são altamente sensíveis às frustrações, Zimmerman (2004) nos fala que “resulta daí que tais pacientes tendem a negar e a evadir essas frustrações por meio de defesas patológicas, em vez de as enfrentar e modificá-las, o que se constitui em um dos fatores que mais se opõem ao crescimento da mente”.

Um dia, Benvindo pediu para outro usuário, que estava com uma máquina de raspar cabelos, para raspar o seu cabelo de uma maneira que, segundo ele, raspava na sua adolescência. Mostrou-me o corte minutos depois e eu lhe perguntei se não gostaria de entrar na sala de equipe para ver no espelho como ficou, o que aceitou com um largo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

sorriso. Ao se deparar com o espelho, começou a gargalhar e após se observar por um período, com um rosto surpreso me disse: “to velho” (sic).

Voltou a conversar sobre isso após um período. Sempre saímos passear na rua, vamos ao centro, na padaria, no mercado, etc., e fora do CAPS, noto que Benvindo consegue falar melhor sobre o que está sentindo. Sentando-se à mesa da padaria, notou que o pilar era revestido de espelho, passou um período se observando e me falou novamente do quanto está velho, agora mais angustiado e dizendo repetidamente que ia morrer. Contou também que não tem medo da morte. Benvindo, naquele momento, parece ter tido consciência do seu corpo, e isto lhe assustou muito, dando a sensação de morte. Falou também que eu não ia morrer, pois tinha que cuidar dos pacientes do CAPS, então lhe disse que para mim era muito importante cuidar dele também, e que o CAPS não teria graça sem ele. Ainda assustado pediu que eu confirmasse se isso era verdade.

Em outro momento, na hora de pagar a conta em um estabelecimento comercial onde ele havia me pedido que eu lhe acompanhasse, dei-lhe o dinheiro para que ele mesmo pudesse efetuar o pagamento. Benvindo hesitou, disse que não conseguiria, mas acabou pagando e no caminho de volta em total silêncio começou a correr até certo ponto onde sentou na calçada e me olhou aliviado.

“É de máxima importância o fato de que pacientes psicóticos (...) não consigam dizer, com o verbo, as angústias que sentem, fato que Bion denominou como “terror sem nome”, pela razão de que elas estejam “irrepresentáveis”, ou seja, elas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

resultam de sensações primitivas que se formaram antes das “representações de palavras””. (Zimerman, 2004).

Próximo do Natal, eu e um monitor do CAPS que tem bom vínculo com Benvindo e o ajuda a administrar seu dinheiro, o acompanhamos de ônibus até o centro da cidade para comprar algumas coisas de natal que, segundo ele, gostaria de ter, como, por exemplo, um radinho com fone. Ele escolheu esta e algumas outras coisas. Na ida, ainda no ponto de ônibus me mostrou os cortes no braço e me disse que não queria mais morrer, queria viver e ser feliz.

Em um trecho de um livro do Oury (2009) ele pontua, contando o caso de uma psicótica, a importância de um simples gesto de um paciente que expressa algum tipo de melhora: “Ela sorria! Dez anos de trabalho obstinado de toda uma equipe, simplesmente para um sorriso! eu os aplaudi! Valia a pena. Um discurso igual a este, há pessoas que não compreenderão jamais”.

Há pouco tempo ele escolheu a pensão onde queria morar, levou-me até lá junto com sua referência, o ajudamos com tudo que foi necessário. Ele escolheu um lugar mais familiar, onde pode se servir de café, assistir televisão em uma sala comunitária e servir-se de janta, caso opte, pois esta tem sido uma questão para ele, ter onde comer, e por isso então poder voltar mais cedo para casa e ir menos ao CAPS. Ao mesmo tempo, como tem sido sofrida a busca de um lugar! Às vezes dorme na rua, ameaça que não vai voltar à pensão para morar no CAPS, outras vezes permanece na pensão e não vai ao CAPS, não consegue cuidar das suas coisas e assim por diante.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

A prótese dentária ainda não foi possível, devido à dificuldade nos serviços públicos, mas continua sendo um de seus pedidos constantes. No entanto, acredito que foi possível iniciar um processo de construção de uma “prótese simbólica” que tem lhe ajudado a se relacionar de uma nova maneira com seu meio social, às vezes ainda muito capenga, às vezes menos, mas dentro das suas possibilidades como sujeito, e isto é o mais importante.

“O pleonasma é necessário para chamar a atenção sobre o fato de que o “eu como sujeito” que deve advir não é nem o isso tal como era – um excesso de gozo, na forma de sintoma e dissociação -, nem o eu tal como era – no caso, uma identificação alienante à identidade de doente. Trata-se de uma mudança de posição subjetiva: “nosso dever”, disse Lacan, é “melhorar a posição do sujeito” (Lacan 1962-63: 68). A cura vem por acréscimo” (Tenório, 2001).

Bibliografia

AMARANTE, P. A. *(Clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. In: Archivos de saúde mental e atenção psicossocial / Moacyr Sdiar... [etal.]; Coordenação Paulo Amarante. – Eng° Paulo de Frontin, RJ: Nav Editora, 2003.

CAMPOS G. W. S. *A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), p. 3033-3040, 2011.

CAMPOS G. W. S. *Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), p. 2337-2344, 2010.

CAMPOS G. W. S, 2003. *Por uma clínica do Sujeito*. In: CAMPOS (org) **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec. p. 51-82.

CAMPOS G. W. S. *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), p. 219-230, 2000.

GUATTARI, F. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Suely Rolmik – Editora Vozes – Petrópolis – RJ, 2000.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

LECARPENTIER, M. *Arrumação e Limpeza, Espaço, Psicose*. Trad. Juarez P. Furtado. *Institutions-L'aliénation*, n. 12, 1993.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2011.

MOTTA, A. A. *A Ponte de Madeira: A possibilidade estruturante da atividade profissional na clínica da psicose*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.

NIETZSCHE, Friedrich W. *Assim Falava Zaratustra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

OLIVEIRA, G.N. 2008. *O Projeto Terapêutico Singular*. In: CAMPOS E GUERREIRO (orgs.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, p. 283-297.

ONOCKO CAMPOS R. T. *Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental*. *Saúde em Debate*, RJ, v. 25, n. 58, p.98-111, 2001.

OURY, J. *Itinerários de Formação*. Trad. Jairo I. Goldberg. *Revue Pratique*, n. 1, p. 42-50, 1991.

OURY, J. *O Coletivo*. Trad. Antoine Ménard...[ET AL.]. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

PITTA, A. M. F. (Org.): *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

TENÓRIO, F. *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdades de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

ZIMERMAN, D. E. *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed, 2004.