



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas – FCM

Departamento de Saúde Coletiva

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva



**Marina Leonel Soares**

**Aspectos clínicos a serviço da inserção social dos usuários de  
saúde mental em um Centro de Convivência**

**Campinas/2018**



**Marina Leonel Soares**



**Aspectos clínicos a serviço da inserção social dos usuários de  
saúde mental em um Centro de Convivência**

Trabalho de Conclusão de Curso do  
Programa de Residência em Saúde Mental  
e Saúde Coletiva - Departamento de  
Saúde Coletiva/UNICAMP

**Orientador:** Bruno Ferrari Emerich

**Campinas/2018**

## Matéria de Poesia

Todas as coisas cujos valores podem ser  
disputados no cuspe à distância  
servem para a poesia

O homem que possui um pente  
e uma árvore  
serve para poesia

Terreno de 10x20, sujo de mato – os que  
nele gorjeiam: detritos semoventes, latas  
servem para poesia

Um chevrolé gosmento  
Coleção de besouros abstêmios  
O bule de Braque sem boca  
são bons para poesia

As coisas que não levam a nada  
têm grande importância

Cada coisa ordinária é um elemento de estima

Cada coisa sem préstimo  
tem seu lugar  
na poesia ou na geral

O que se encontra em ninho de João-Ferreira :  
caco de vidro, garras,  
retratos de formatura,  
servem demais para poesia

As coisas que não pretendem, como  
por exemplo: pedras que cheiram  
água, homens  
que atravessam períodos de árvore,  
se prestam para poesia.

Tudo aquilo que nos leva a coisa nenhuma  
e que você não pode vender no mercado  
como, por exemplo, o coração verde

dos pássaros,  
serve para poesia

As coisas que os líquenes comem  
- sapatos, adjetivos -  
tem muita importância para os pulmões  
da poesia

Tudo aquilo que a nossa  
civilização rejeita, pisa e mijá em cima,  
serve para poesia

Os loucos de água e estandarte  
servem demais  
O traste é ótimo  
O pobre – diabo é colosso

Tudo que explique  
o alicate cremoso  
e o lodo das estrelas  
serve demais da conta

Pessoas desimportantes  
dão para poesia  
qualquer pessoa ou escada

Tudo que explique  
a lagartixa de esteira  
e a laminação de sabiás  
é muito importante para a poesia

O que é bom para o lixo é bom para poesia.

Importante sobremaneira é a palavra repositório;  
a palavra repositório eu conheço bem:  
tem muitas repercussões  
como um algibe entupido de silêncio  
sabe a destroços.

As coisas jogadas fora  
têm grande importância  
- como um homem jogado fora. (Manoel de Barros, 1990)

## **Resumo**

Um dos objetivos principais do equipamento Centro de Convivência (Ceco) é a inserção social de pessoas em sofrimento psíquico. Acredita-se, a partir de pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que esse desafio torna-se possível quando a desinstitucionalização, a reabilitação psicossocial e a reconstrução da clínica são postas em prática através do trabalho em rede com diferentes equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No entanto essas três vertentes de trabalho são necessárias em diferentes intensidades em todos os equipamentos.

A partir de minha experiência em um Ceco na cidade de Campinas, destaco a importância da utilização de aspectos clínicos para que a inserção social dessas pessoas seja possível. Realizo certa retomada histórica e discussão a respeito da reconstrução da clínica tendo como norte de epistemologia a psicanálise. Pela via do respeito à singularidade do sujeito do inconsciente e também do sujeito cidadão (pela perspectiva da reabilitação psicossocial italiana) percebe-se a necessidade de novos arranjos e estratégias de socialização neste equipamento em articulação com a rede, de modo geral.

**Palavras-chave:** centro de convivência; inserção social; reconstrução da clínica; aspectos clínicos.

## **Abstract**

One of the main objectives of Community Center is the social insertion of people in mental distress. It is believed, from theoretical conceptions of the Brazilian Psychiatric Reform, that this challenge becomes possible when the desinstitutionalisation, psychosocial rehabilitation and reconstruction of the clinic are put into practice through connecting with different points of the Psychosocial Care Network. These three theoretical conceptions are necessary in different intensities, in all equipments. From my experience in a Community Center in the city of Campinas, highlight the importance of using clinical aspects to make possible the social inclusion of those people. I realize certain historical discussion concerning the reconstruction of the clinic with north of epistemology psychoanalysis. Through respect for the uniqueness of the subject of the unconscious and the citizen subject (from the perspective of psychosocial rehabilitation) we see the need for new arrangements and socialization strategies within equipment in conjunction with the network in general.

**Keywords:** community center; social insertion; reconstruction of the clinic; clinical aspects.

## Sumário

1. Introdução.....	8
2. Reforma Psiquiátrica e a reconstrução da clínica.....	10
3. Clínica e território.....	15
4. Centro de Convivência – equipamento integrante da Rede de Atenção Psicossocial.....	17
5. Encontros e desencontros com as questões de saúde mental – o Ceco como mediador neste processo.....	22
6. Considerações Finais.....	36
7. Referências Bibliográficas.....	38

Ser psicóloga residente de saúde mental e saúde coletiva convoca a um trabalho abrangente, onde além de ser psicóloga sou oficinaira, profissional de referência, organizadora de evento, aspirante a artista, etc... em conjunto com uma equipe multiprofissional. É se permitir adentrar em um campo de experiências bastante diversas.

Bon-día (2002) coloca que o sujeito da experiência é aquele que se define por sua receptividade, disponibilidade, atenção, paciência, com uma abertura essencial. É aquele que se deixa atravessar pelos acontecimentos, que é tocado e afetado por esses. Enfatiza que não se trata de ser passivo dentro da dicotomia passivo X ativo, mas de ser apaixonado e reconhecer o que é sentido como parte da aprendizagem. Entendo também como estar disposto à espontaneidade e re-criação de um saber-fazer que cada experiência desafia.

Trata-se de uma flexibilidade tanto em relação ao lugar de residente – meio estudante, meio profissional - que difere da maioria das pessoas nos equipamentos, quanto dos campos da saúde mental e coletiva que se dá pela atuação em contínua interlocução entre diversos núcleos de saberes e práticas.

De acordo com Campos (2000) núcleo vem a ser uma aglutinação de saberes e práticas compondo certa identidade profissional e disciplinar e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão podem buscar apoio em outras para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Isso tanto em ações em que essas diferenças nem sempre emergem, quanto em ações específicas do núcleo que também podem fomentar a atuação de outros.

Estando no segundo ano da residência em um Centro de Convivência (Ceco) percebo que o trabalho de Campo se intensifica ainda mais do que em outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo difícil delimitar o que é específico de cada profissional. Entendo como necessária certa imprecisão e amplitude, porém, sem perder de vista os conhecimentos específicos

de um núcleo para que o trabalho não se torne “todos fazem tudo”, isto é, uma onipotência muitas vezes travestida de insegurança quanto ao fazer de seu núcleo.

Ainda mais se tratando de um campo incipiente e cheio de desafios, a saúde mental, muitas vezes, carece de elos teórico-conceituais que façam os profissionais se comunicarem sem terem que ser regidos pelo saber psiquiátrico para que possam se fazer entender e compor práticas de cuidado.

Faço um paralelo da pontuação sobre a relação núcleo - campo com a indiferenciação que muitos profissionais trazem em seus discursos e práticas entre clínica e reabilitação psicossocial no campo da saúde mental, por exemplo. Esses conceitos não são e não devem estar distantes um do outro nas práticas e reflexões do campo, mas possuem suas diferenças e muitas vezes ao matizá-los, considera-se que ao fazer clínica já está se fazendo reabilitação psicossocial ou vice-versa, reduzindo a prática a um viés apenas.

O equipamento Centro de Convivência tem como uma das funções principais a inserção social de pessoas com transtornos mentais. A articulação entre os eixos reabilitação psicossocial, clínica e promoção de saúde, se faz extremamente necessária para este fim, nas diversas ações com esses usuários. Atendo-se ao lugar e às atribuições deste equipamento é através do trabalho conjunto com as demais instituições de cuidado do usuário, seja via ações planejadas no matriciamento, uma oficina, uma conversa ou visita, por exemplo, que se torna possível a inserção dos usuários em sofrimento psíquico em um meio social.

Tendo em vista a complexidade desta articulação bem como a escolha de um foco neste trabalho, busco discutir a importância da utilização de aspectos clínicos nas ações do Ceco, a partir de meu núcleo. Isso porque considero que mesmo as ações realizadas no Centro de Convivência (oficinas, acolhimentos, eventos, etc) necessitam de uma atenção a esses elementos, pois convivemos com pessoas em sofrimento psíquico ou que o enunciam através da loucura, ou seja,

têm-se aspectos do funcionamento psíquico em relação ao sofrimento que precisamos considerar para termos um norte de como se posicionar e abordar esses usuários.

O Ceco, diferentemente de um Ponto de Cultura, possui profissionais do campo da saúde mental, justamente para acolher e trabalhar com essas questões a partir de conhecimentos referentes aos eixos mencionados. Não se restringe a esses profissionais a importância de discutir e operar a partir desses eixos, porém é imprescindível sua participação para trazer elementos clínicos, por exemplo, para toda a equipe e compor com ela um diálogo em que esses sejam acessíveis e possam repercutir na vida e manejo com os usuários.

Meu interesse neste trabalho é discutir práticas realizadas com dois usuários do Ceco em que trabalhei, destacando minha relação com eles e as questões e reflexões advindas por meio de ações e reflexões a respeito da inserção deles no equipamento. Práticas que questionam o que tem sido feito nessa mediação dos usuários com a instituição e com o meio social que pertencem a partir da utilização e sensibilidade para aspectos clínicos. Utilizarei do aporte teórico Psicanalítico em relação ao campo em que nos encontramos – da Atenção Psicossocial para pensar esses aspectos.

Reiterando que utilizarei de aspectos, porque o objetivo não é dizer que realizamos um trabalho clínico no Ceco ou que seja uma instituição que tem esse mote de trabalho, mas que utilizamos destes aspectos para realizar algumas ações que possam contribuir para a inserção dos usuários em sofrimento psíquico ou usuários de saúde mental.

### **Reforma Psiquiátrica e reconstrução da clínica**

A relação da humanidade com a loucura e com o sofrimento psíquico sempre foi em sua maioria um imbróglio, e varia de acordo com cada organização social e cultural. Pode-se dizer que no Ocidente até o início do século XX via-se

um modelo manicomial hegemônico operando por meio de um pensar e fazer médico-centrado. Esperava-se que através da clínica psiquiátrica a pessoa isolada de seu meio social poderia vir a se curar. Entendendo curar a partir da remissão dos sintomas e de uma adaptação social onde estavam incutidas a moral e a norma. Com isso se produzia assujeitamento e segregação indicando que o manicômio é estratégia absoluta de fazer morrer o sujeito.

Amarante (2009) apontando a etimologia de clínica, do grego *klinus*, que significa leito e que contém o sentido de *inclinarse* e estar ao leito no dia a dia da evolução da doença, relembra que esta concepção nasceu de uma relação com a doença enquanto fato objetivo e natural pela ciência médica, e da doença enquanto fenômeno institucionalizado. Estendendo essa noção para o campo da saúde mental torna-se inconcebível o cuidado, visto que quando se refere a algo não tangível percebe-se ainda mais o reducionismo a que se deve essa concepção, pois o foco é na doença.

Chamo a atenção para o quanto essa dimensão teórico-conceitual a partir da perspectiva psiquiátrica tradicional acaba oferecendo ações de tratamento para a “doença mental” que na verdade indicam uma necessidade de nos afastar daquilo que o ser humano mais repudia ou não quer ver, mas que se expressa na loucura. Conflitos e não-ditos entre gerações e integrantes da família, angústias e um sujeito que clama por mudança subjetiva, não por remissão de sintomas.

Com os movimentos de Reforma Psiquiátrica houve uma necessidade de reconstruir o conceito e a prática clínica para que não ocorresse a reprodução dessa relação técnico-instituição-sujeito baseada na medicina naturalista que culminava em segregação, mas sim a partir do princípio ético da cidadania e da clínica enquanto construção de possibilidades, subjetividades e responsabilização. (Amarante apud Dell’Aqua, 1991)

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em muito constituído a partir do ideário da Reforma Psiquiátrica Italiana, traz alguns eixos e conceitos

norteadores do processo de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico e/ ou “louca” em que se busca a inserção desses sujeitos, ou seja, não há como cuidar sem inserir e vice-versa.

Basaglia numa atitude epistêmica propõe colocar a doença entre parênteses, o que não significa negar a “doença”, mas deixar de se ocupar somente dos fenômenos psicopatológicos para se deparar com “o sujeito e suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes, seus vizinhos, seus projetos e anseios” (Amarante, 2007, p.69). Tanto Basaglia quanto Paulo Amarante designam em alguns momentos como sofrimento psíquico aquilo que sempre foi referido como “doença”, uma denominação que também prefiro.

Com isso pode-se dizer, de acordo com Tenório (2001) que o campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira está emoldurado por três vertentes: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. A primeira diz que as instituições que segregam o “louco” devem ser desconstruídas entrando em seu lugar instituições que atuam no território social, como motores de sociabilidade, intermediários de trocas sociais bloqueadas. A segunda diz da necessidade de se reinventar a clínica e fazer da instituição, em relação ao usuário, um lugar de laço social considerando sua singularidade. A terceira vertente visa trabalhar com o usuário enquanto cidadão através do desenvolvimento de autonomia e de competência social.

A partir disso evidencia-se que a relação entre clínica e política se faz imprescindível e trabalhar com as tensões que daí advém fazem parte do trabalho do campo da Atenção Psicossocial. Tenório (2001) afirma que a Atenção Psicossocial não é exclusivamente nem a reabilitação, nem a clínica institucional, mas o conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas assistidas. Parafraseando Delgado (1997, p: 42) “o território de atuação situa-se entre a saúde

e o bem-estar social sendo que questões que concernem à cultura do usuário nos interessam”.

Entende-se por Atenção Psicossocial um processo social complexo, no qual, portanto se incide mudanças e possui algumas dimensões que norteiam sua constituição. Como afirma Amarante (2007) a Atenção Psicossocial tem a dimensão teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a jurídica-política e a sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual refere-se a uma episteme, uma base teórica para compreender do que estamos cuidando – no caso o sujeito que está em sofrimento psíquico e não a doença em si. A técnico-assistencial trata dos dispositivos e estratégias que são criadas para o cuidado dessas pessoas, a jurídica-política refere-se também a isso, mas em relação ao que é respaldado pela lei e a última – sociocultural lida com o imaginário social da loucura e diz respeito à necessidade de a comunidade estar envolvida com esse processo, visto que historicamente a única “solução” era o isolamento das pessoas em sofrimento, propondo então um movimento inaugural comunitário de se a ver com a loucura.

Chamo a atenção para a necessidade de se reconstruir o conceito de clínica não apenas pelas questões políticas que se deflagram em outros eixos importantes do processo da reforma – reabilitação psicossocial, por exemplo - mas também pelos próprios conceitos e episteme do que acontece com as pessoas em sofrimento psíquico e do que vem a ser psicopatologia, sofrimento ou “doença”.

Como apontam Rinaldi e Bursztyn (2008) com a descoberta freudiana do inconsciente e a construção de um novo campo de saber – a psicanálise - ocorre uma subversão do conceito de doença e do conceito de clínica até então atributos da psiquiatria no campo da saúde mental. Deste modo a psicanálise dá ao conceito de clínica um novo sentido, a partir da suposição da existência de uma razão inconsciente e de uma implicação do sujeito em seu sintoma.

Para Freud o sujeito é pulsional, isto é, regido por uma força proveniente do organismo, chamada pulsão, que não encontra local anatômico necessariamente para se movimentar e sendo o que permite o contínuo funcionamento do aparelho psíquico. Esse seria o sustentáculo material do lugar do sujeito. (Garcia-Roza apud Barroso, 2012). Deste modo cada sujeito possui leis próprias de funcionamento que conduzem a diferentes destinos da pulsão em relação a objetos que se constroem em relação ao externo desde as experiências primárias na infância e que são mais investidos ou menos investidos por essa energia psíquica.

Barroso (2012) coloca que Lacan, numa releitura de Freud, constrói outra noção de sujeito dizendo que Freud já indicava para os seguintes constructos – do sujeito enquanto efeito de operações significantes, de estruturas de linguagem e não como substância. A partir dessas mudanças epistemológicas e ainda tratando de psicanálise é importante destacar que essa trouxe uma nova concepção de sujeito e enfatizou a singularidade, sempre organizada por uma lógica inconsciente, que é estruturada como a linguagem. A singularidade aqui então é diferente da noção de singularidade do sujeito de direitos e cidadão – o qual é reivindicado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana.

A Psicanálise vem propor outro trato com o sujeito em sofrimento e com o “louco”. Propõe principalmente a escuta deste sujeito, que é sempre do inconsciente, e não a escuta do que seus familiares e terceiros dizem sobre ele ou ainda do que é mais acessível e superficial na fala da pessoa em sofrimento. Deste modo critica o paradigma psiquiátrico colocando, como aponta Mannonni (1981), que o diagnóstico em psiquiatria é destinado a outros. E que o fato de estabelecê-lo desloca, portanto, o “doente” de sua posição de indivíduo. A Psicanálise trabalha para possibilitar que o próprio sujeito crie a narrativa de sua própria história e se admita como autor da mesma.

Darei destaque para alguns aspectos da clínica psicanalítica que podem compor com a proposta de cuidado em um contexto institucional, parte integrante

das práticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esses aspectos dizem principalmente de provocar na pessoa em sofrimento psíquico um posicionamento de questionamento sobre si e a implicação para com essas questões. Isso através de uma escuta de uma singularidade inconsciente que pertence a um sujeito que é responsável pelo seu sofrimento e sua história.

Relaciono com a tarefa do Centro de Convivência em se utilizar destes aspectos ainda que não com um objetivo terapêutico e referência do cuidado, mas como um equipamento que pode provocar seu início bem como complementá-lo. Entendendo que se constitui como um equipamento que trabalha em rede e necessita colocar-se em articulação com os outros e com a própria relação que os usuários estabelecem com seu território a partir do que eles sinalizam como lugar de confiabilidade, de lugar onde possam lançar suas seus pedidos, queixas e até mesmo demandas.

### **Clínica e território**

Fazer os diferentes núcleos de saberes e práticas conversarem é um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com contribuições do campo da saúde coletiva desde as décadas de 70 e 80, construiu-se a noção de clínica ampliada que de acordo com Campos (2014) se intitula como clínica do sujeito, ou seja, que diz que a doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, entrando em sua vida, porém nunca o deslocando totalmente. É um conceito que coloca a importância de dialogar, por exemplo, o sujeito da psicanálise com o sujeito da reabilitação psicossocial, pois se uma vem resgatar a afirmação de uma clínica com uma nova episteme voltada ao inconsciente a outra trabalha com o desenvolvimento da autonomia e do sujeito enquanto cidadão.

O trato com a loucura e com o sofrimento psíquico no Brasil vem sendo então modificado nos últimos trinta anos, visto que o que se propõe atualmente são práticas pautadas na socialização e no cuidado do indivíduo em seu próprio território.

Lima e Yasui (2014) apontam que além do isolamento físico e arquitetura do asilo que constituem o processo de segregação das pessoas em sofrimento psíquico há a instância do controle que opera nas relações e no modo de organização social. Esta existe também em diversos territórios – o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. Vendem-se modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Os autores dizem também, citando Foucault (2002), que ao mesmo tempo em que o poder incide sobre normas de ser, fazer e se relacionar nos territórios se fazem possíveis modos de resistência, de criação de novos modos de ser que fogem ao controle.

Para que ocorra a construção de lugares em que esses novos modos de ser possam ser sustentados e investidos é necessário, como afirma Leal e Delgado (2007), que os serviços se abram para o território e que pensem sobre as atividades que ofertam – essas não podem ter as mesmas regras de funcionamento, como precisam que elas mesmas constituam espaços de liberdade capazes de acolher a idiossincrasia dessas pessoas (usuários de saúde mental, pessoas em sofrimento psíquico) e operem a partir delas.

A noção de território não se refere apenas a um espaço físico e geográfico, mas também relacional, lugar de expressões coletivas e subjetivas. Cada indivíduo estabelece uma relação com seu território devendo os serviços de saúde se ocupar de um trabalho em que considere as características sociais e também subjetivas do mesmo com os diferentes indivíduos. A relação do indivíduo com seu território é crucial para pensarmos o processo de inserção social das pessoas em sofrimento psíquico, visto que características históricas, políticas, geográficas e afetivas se entrecruzam na relação do sujeito com o mundo.

Como afirma Tenório (2002) sobre os CAPS, mas podemos expandir para os diversos equipamentos da RAPS: esses devem oferecer possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de convivência diversificadas; e devem

incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tida como “extraclínicas”. Expando para outros equipamentos, porque mesmo que não tenham como objetivo um fazer clínico, respondem também a essa necessidade de explorar recursos que ajam na relação do sujeito com seu território e que possam, assim, trabalhar com a amplitude da vida de cada usuário.

Leal e Delgado (2007) ao se referirem ao trabalho no CAPS na relação com o território do usuário, expõem que a noção de território como uma idéia viva, processual, dinâmica deve atravessar a própria instituição, tornando-se possível apostar que as atividades realizadas dentro do CAPS ganhem sentido porque estão vinculadas com a vida fora do CAPS. Sendo assim não se pode perder de vista que tanto as atividades, encontros e intervenções não se esgotam em si mesmas.

Pensaram-se então em dispositivos que tivessem como função prioritária a inserção social dos usuários de saúde mental no tecido social em intercâmbio com outros setores, como a cultura, educação, artes, esportes, etc. Equipamentos que permitam um contato maior com a “vida fora do CAPS” ou de outro equipamento de referência de cuidado do usuário de saúde mental e que possibilitem encontros e vivências com pessoas da comunidade em geral se atendo ao território ao qual pertencem. Como amplia Galetti (2015):

Os Centros de Convivência (Ceco) são um dispositivo político de atenção em saúde mental, o político entendido como um campo de encontros de alteridade, onde o encontro é marcado por processos ininterruptos de diferenciação. Ao se transportar para outras paragens, invadindo *sotius*, apropriando-se de seus recursos, o Cecco se inventa como um dispositivo e opera saídas para fora daqui. Nessa perspectiva, mais do que promover a inclusão das pessoas que nos procuram, o Cecco promove, no território, uma saúde inclusiva (GALETTI, 2015, p.22)

## **Centro de Convivência – equipamento integrante da Rede de Atenção Psicossocial**

O Centro de Convivência, de acordo com Aleixo (2016), se utiliza de estratégias de ações muitas vezes diferentes dos demais equipamentos de saúde, tendo como foco a produção de encontros, convivência, através de oficinas, grupos e ações comunitárias, alinhado com a idéia de promoção de saúde.

A partir desse lugar estratégico na RAPS os Cecos têm como foco a promoção de saúde, mas também se articulam com outros eixos do campo da saúde mental para contribuir para o processo de inserção social de pessoas em sofrimento psíquico.

Os equipamentos se diferem a partir do foco de cuidado e o nível de atenção em que estão alocados, mas é importante considerar que não é possível se descolar totalmente das outras ações, visto que o sujeito é complexo e todos os aspectos que concernem ao cuidado dizem respeito a todos os equipamentos. É importante definir minimamente o que cabe a cada um, mas entendendo que essa divisão não pode ser hermética até mesmo porque o cuidado muitas vezes demanda estratégias de um fazer conjunto.

É possível dizer que o Ceco trabalha fundamentalmente com a promoção de saúde, mas a articulação de aspectos da reabilitação psicossocial e clínicos, por exemplo, torna-se fundamental.

Como abordar o usuário que demanda um lugar central na oficina em que participa e tem muita dificuldade em se ver numa constituição grupal? Como abordar aquele usuário que nunca participou de uma atividade fixa ou de algum evento, mas vem ao Ceco, toma um café e lhe conta sobre seus delírios e alucinações? E que lugar no Ceco é possível para o usuário paranóico que chega ameaçando a todos fazendo com que a equipe solidifique em medo?

Como afirmam Guerra e Souza (2006), pode-se trazer a idéia de clínica, na atual conjuntura da saúde mental, como prática que visa buscar um novo lugar e espaço para a loucura, com menos rigidez, e que retira a clínica da Saúde Mental de sua tradicional função de controle social feita em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas. Tratando-se do dispositivo Ceco, pode-se dizer que a utilização de aspectos clínicos se faz em serviço da inserção social das pessoas em sofrimento psíquico.

Reconhece-se a importância de haver um equipamento deste tipo dentro da Rede de Atenção Psicossocial, visto que profissionais da saúde mental são necessários para construir com os sujeitos em sofrimento psíquico pontes, túneis, ou seja, vias de atravessar um local onde está solitário para onde a vida acontece, nas relações sociais, no encontro com o outro. Como afirma Aleixo (2016) o Ceco se constitui enquanto um dispositivo que permite construir lugares aos sem-lugares, que permite ser hospedagem aos que estão de passagem, que permite recolher marcas.

Quando se pensa em inserção social da pessoa em sofrimento psíquico, questões como cidadania, garantia de direitos, habitar, morar, rede social etc..., vem à tona, pois considera-se como grande estratégia a reabilitação psicossocial. O que quero trazer é a importância que existe em considerar a clínica nesse processo de inserção, pois o “louco”, por exemplo, é aquele que tem especificidades ao relacionar-se, que diz, muitas vezes, de uma ausência de rede social e de certa dificuldade para construir uma. Se não temos acesso a essas especificidades fica difícil nos atermos a esse processo que vai demandar uma sensibilidade para outro tipo de singularidade, que não se refere apenas ao sujeito cidadão.

Os Cecos são dispositivos que trabalham com a convivência, com espaços públicos, com constituição e valorização de coletividade. São locais em que se pode estimular e fomentar a construção de uma rede social aos usuários. De

acordo com Saraceno (2001) a troca de identidades, a criação do comum e a invenção onde essas trocas sejam possíveis se constituem como rede social. Pergunto-me como seria possível a criação de uma rede social do “louco” ou de uma pessoa acometida por um intenso sofrimento psíquico. A invenção como norte e o sujeito (do inconsciente e cidadão) parecem ser aliados na construção deste lugar.

Uma das diferenças entre o que se faz no Ceco e no CAPS ou outro equipamento de referência de cuidado em saúde mental é a radicalidade de que as atividades (individuais ou coletivas) construídas e propostas para eles são sempre em relação a um meio social no qual o Ceco faz parte e com a convivência com qualquer outra pessoa da comunidade. O Ceco é o local legitimado da intersectorialidade com a Cultura, Lazer e da Arte, diferente do CAPS, que pode ter relação com esses setores, mas não tem como principal objetivo. Há potência em se trabalhar por outras vias – de um fazer criativo, da promoção de convivência e de novos encontros.

O Centro de Convivência em que estive imersa neste ano se caracteriza tanto como um equipamento integrante da RAPS quanto da Rede de Assistência Social de Campinas – sendo um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da Assistência Social neste último caso. É uma instituição que compõe também com a Fundação Municipal para Educação Comunitária funcionando em alguns de seus projetos - Educação para Jovens e Adultos (EJA) e Educação Continuada ao Longo da Vida.

Este Ceco recebe em média trezentos e vinte e quatro usuários por mês sendo usuários de saúde mental aproximadamente 5 % desses. Esses usuários são tanto aqueles já inseridos em algum equipamento de referência para o cuidado em saúde mental (ex: CAPS, Centro de Saúde, etc...) como alguns em processo de entrada. Isso sem considerar aqueles que estão começando a apresentar questões de saúde mental, mas não reconhecem a necessidade do cuidado ou ainda não conseguiram acessar tais equipamentos.

Percebe-se que a maioria dos usuários de saúde mental participa de diferentes oficinas deste Centro de Convivência, alguns deles em algum projeto de ensino da FUMEC e outros sem um lugar definido de modo a transitar entre idas e vindas, cafés e pequenas conversas com alguns profissionais do Ceco.

Lembro-me de uma aula que tivemos com a Prof<sup>ª</sup> Maria Cecília Galetti, no segundo ano de residência, em que discutíamos acerca da participação de usuários enquanto *passagem* no Centro de Convivência. Falávamos sobre o Ceco ser um lugar que acima de tudo acolhe à maneira com a qual a pessoa se relaciona com o espaço e com os outros que ali estão não sendo um problema um usuário vir apenas para tomar um café. Logo em seguida a professora frisa que isso não significa negligenciar que se pode ir além.

Ela coloca então que nossa função enquanto profissionais deste equipamento é a de potencializar tanto a relação que o usuário tem com diferentes setores Arte, Lazer e Cultura através de alguma atividade que ele mesmo sinalize que tem sentido, quanto a relação do usuário com outras ofertas de seu território. Dentre essas possibilidades há, muitas vezes, alguns entraves como, por exemplo, quando o Ceco não cria estratégias para que aquela pessoa se aproxime de certa atividade mesmo com suas peculiaridades ou ainda quando não constrói com o próprio usuário um lugar subjetivo para ele na instituição.

Desde aí me sinto responsável por refletir acerca dos modos de inserção dos usuários de saúde mental no Centro de Convivência, visto que muitas vezes, não será pela via da participação das oficinas já ofertadas ou mesmo que o usuário se interesse e queira participar será preciso uma mediação para que a convivência viabilize uma inserção social respeitando tanto o usuário quanto os outros participantes da oficina. Assim considero de suma importância discutir em equipe os aspectos clínicos de alguns usuários, visto que podem trazer respaldo para a singularidade dos mesmos ser suportada e respeitada no equipamento.

Em muitos momentos na reunião de equipe do Ceco em que atuei questionava-se: “mas este é nosso papel?” ou ainda “não estamos excedendo?” quando eram pensadas ações que advinham de uma reflexão que leva em conta aspectos do sofrimento psíquico de um usuário, modo de se relacionar com as pessoas, sintomas e expressões subjetivas. Trabalhar em rede, de acordo com Leal e Delgado (2007), é estar em ligação, articulação viva entre as instituições, processo no qual se produzem encontros e se operam separações, mas principalmente no qual se dá movimento. É preciso estar aberto para aprender diferentes línguas e acessar diferentes perspectivas seja pela Assistência Social ou Saúde Mental.

Deste modo haverá hibridismo e momentos de não definição clara das ações que concernem a cada instituição. As fronteiras entre o trabalho do CAPS e do Ceco, por exemplo, nem sempre são tão demarcadas e é preciso que aprendamos habitá-las de modo flexível para produzir movimentos criativos de intervenção com os usuários e não decisões rígidas que engessem nossas práticas deixando de lado apostas com potência de inserção social. Isso não significa necessariamente que o Ceco perdeu o norte de seu objetivo.

Percebe-se que o Ceco muitas vezes acaba sendo porta de entrada de pessoas que possuem questões de saúde mental e que necessitariam de um cuidado mais especializado, mas rejeitam a possibilidade ou demonstram muita resistência. Assim como também é um equipamento que acolhe diferentes usuários de saúde mental – desde pessoas em estados depressivos onde trazem a dor da solidão até pessoas em sofrimento psicótico que muitas vezes não conseguem circunscrever seu modo singular de existência.

Trago dois casos de saúde mental – uma pessoa que não se reconhece como alguém que precisa de um processo terapêutico, mas que grita psicicamente por uma escuta, e outro com questões de saúde mental graves e já inserido em um equipamento de referência.

## **Encontros e desencontros com questões de saúde mental – o Ceco como mediador neste processo**

### **Caso W.**

W. é um usuário do Ceco e participa da oficina de música, a qual uma educadora social e eu coordenávamos. Meu encontro com W. se deu após um encontro desta atividade quando me falou sobre seu sonho de ser famoso. Mostrou-me seu cd com músicas próprias e pediu para que eu comprasse. Foi insistente e pediu também para que eu fizesse um vídeo dele cantando para que várias pessoas pudessem conhecer sua música. Perguntei se ele trabalha com isso, visto que possui habilidade para tal. Ele respondeu que não, porque as pessoas não dão oportunidades a ele, mas que gostaria de tocar em bares, por exemplo. Perguntei se já tentou e ele disse que algumas pessoas já fizeram por ele, mas nunca obteve sucesso.

Em discussões com a equipe sobre W. é colocado que ele espera uma ajuda que “caia do céu” e centraliza sua participação durante a oficina, além de outros momentos de conversa em que ele diz de suas dificuldades e conflitos em relação à atividade musical onde se expressam questões referentes a um sofrimento psíquico. Muitas pessoas se esquivam de W., devido a sua insistência e invasão do espaço pessoal de cada um tanto corporalmente (tocava as pessoas com as mãos para se localizar no espaço, porém sem pedir licença e algumas vezes tocando em partes mais íntimas) quanto em conversas através de perguntas íntimas, etc.

Propus de iniciarmos um trabalho juntos depois que ele perguntou “Você pode me ajudar?”, quando conversávamos sobre ele circular mais e tocar em estabelecimentos. Conversamos que seriam encontros onde poderíamos falar sobre suas questões e dificuldades que possui em relação ao fazer musical bem como realizar atividades relacionadas.

Os encontros se tornaram em um processo de acompanhamento terapêutico (A.T), que se define como uma prática itinerante em que os atendimentos, frutos de uma escuta clínica, e que se dão tanto em espaços privados como uma residência, um quarto, uma cozinha quanto em espaços públicos. O destaque do A.T é que este fica frente à família e ao convívio social da pessoa em sofrimento psíquico, implicando assim, um corpo a corpo constante, uma disponibilidade para o encontro com o outro (ALBERTI, et al, 2017, p. 132).

Nos encontros iniciais com W. houve a construção de seu repertório musical e aos poucos foi se tornando um lugar em que W. pôde falar de suas angústias que permeiam as queixas que sempre repete – a circulação restrita, não conseguir oportunidades para se apresentar musicalmente em bares, etc... O A.T também é um recurso quando há impossibilidade de acesso à via pública por parte do sujeito, mantido em uma “atmosfera pesada e asfixiante” (PALOMBINI, 2009 apud ALBERTI et al, 2017 p. 133). Apostei neste recurso com a idéia de que eu pudesse acompanhá-lo na experimentação de novos espaços para que assim o auxiliasse a se escutar diante de questões que adviriam deste processo. Durante os encontros o conflito entre possuir deficiência visual e W. não aceitá-la, destacou-se.

W. tem quarenta e dois anos, mora com seus pais e um irmão mais novo, de aproximadamente trinta anos. Foi diagnosticado com uma doença ocular desde criança, que faz com ele enxergue apenas vultos e contornos, sendo deficiente visual. Traz em seu discurso que por ter deficiência visual sente-se impedido de trabalhar, relacionar-se afetivo-sexualmente bem como circular em diferentes espaços. Refere também ao outro a falta de oportunidades ou seu insucesso em aproveitar as que aparecem.

Ao falar de sua relação com seu pai traz que este nunca o apoiou e que tudo o que aprendera – referindo-se à sua habilidade musical, fora sozinho, “na raça”. Diz desta falta de apoio com raiva e resiste em falar sobre ele. Em relação à mãe ele traz uma ambivalência em que hora ela apóia ora não apóia dizendo, por

exemplo, que ele “arruma sarna para se coçar”, quando conta sobre sua tentativa em continuar um processo reabilitativo para se locomover. Percebo uma dificuldade dele em expor que não gostou que a mãe interrompesse um de seus processos reabilitativos. Ele conclui hesitando: “Acho que ela pensou que tinha sido o suficiente”. Pergunto: “E você o que pensa, W.?” Ele silenciou com expressão facial avermelhada.

Foi alfabetizado no ensino regular e vidente (para pessoas que não necessitam do método braile), quando a doença ainda não tinha evoluído. Quando perguntei sobre o que já fizera de reabilitação para sua locomoção ele diz que não se adaptou com a bengala, pois quando foi sair sozinho pela primeira vez (tinha vinte e cinco anos) fazendo uso desta se perdeu e ficou por horas rodando nas ruas, de modo que teve que pedir auxílio a algumas pessoas para saber onde estava e como chegaria de ônibus à sua casa. Desde então ele disse que entrou em depressão. Perguntei o que fez-lo deprimir e ele se esquivou dizendo apenas que procurou ajuda no Centro de Saúde e começou a fazer tratamento medicamentoso com antidepressivos, dos quais faz uso até hoje.

Ele disse que com os medicamentos pôde voltar a dormir, mas que às vezes ainda sentia dificuldade quando a “mente está uma porcaria” (sic). Pergunto o que seria isso e ele se refere a muitos pensamentos ruins, que disse não lembrar. Pergunto se ele tivera a experiência com outra forma de cuidado sem ser a medicação e ele diz que não. Em uma reunião com o Centro de Saúde a psicóloga relata que W já foi atendido por ela e em outro momento pela terapeuta ocupacional, mas sempre acaba recusando outro cuidado que não o medicamentoso.

W. disse de seu incômodo em ter sido confundido com usuário de saúde mental por freqüentar bastante o Serviço de Saúde Cândido Ferreira (ele vai todos os dias da semana). Disse que não queria ficar só no Cândido, mas sim conhecer outros lugares e se apresentar em bares. Perguntei por que ele fica tanto no Cândido e ele falou de sua dificuldade em se locomover. Então perguntei o que

ele faria em relação a isso, visto que essa questão sempre retornava e sinalizava um impeditivo para realizar suas vontades. Aqui ressaltai que há um enigma em relação a locomover-se. Ele disse rindo que era “louco” porque esta palavra vem de “lócus” que significa “lugar” em latim e por isso diz de ele ficar onde está. Então disse a ele que se quer se apresentar musicalmente em outros lugares ele precisará sair de onde está. Falou então de sua vontade em tocar na praça principal da região e me chamou para ir junto.

Nas idas à praça a posição subjetiva em que W. se colocava como “pedinte” e “coitado” ressaltou-se e então coloquei isso em questão, visto que dizia que queria que fosse um trabalho, porém era insistente e se colocava num lugar de pedinte e não de músico que apresenta seu trabalho. Percebi também que W. referia-se a mim à condução e as escolhas sobre o que falaríamos e faríamos nos encontros. W. demandava que os outros se colocassem num lugar de quem diz o que ele tem que fazer se desresponsabilizando de escolher e sustentar a escolha. Assim, quando alguém negava o que pediu ele culpava o outro.

W. dizia diversas vezes que uma profissional para qual ele pedia ajuda para introduzi-lo nos bares da região nunca o ajudava de fato, pois não queria que ele conseguisse. Exemplificou dizendo de um restaurante onde tem muita vontade de tocar, mas que esta profissional não entrou em contato, pois disse que ele não conseguiria.

Quando perguntei a W. por que pedia para que alguém fizesse por ele, hesitou e disse não saber o que tem que dizer caso ele mesmo ligasse. Perguntei o que ele pensa que precisaria ser dito e pontuo a ele que há uma diferença entre pedir e ofertar. Ele então fez a primeira ligação e, logo após desligar o telefone me agradeceu dizendo que foi ótimo ter ouvido do próprio dono do estabelecimento a negativa e a justificativa desta, pois pensava que aquela profissional o enganava. Aqui fica claro que W. construía fantasias de que o outro o impedia de conseguir tocar em bares.

Em outro momento em que falávamos sobre reabilitação perguntei a ele sobre a possibilidade de tentar novamente algum processo reabilitativo, mas ele colocou barreiras dizendo que não teria dinheiro para pagar o transporte até a instituição, ainda mais pelo fato de seu pai estar com a retina inflamada e de ter precisado de um empréstimo de W. Disse também que tinha medo de não conseguir aprender e medo de me decepcionar. Contou que decepcionou um professor de violão com quem fez aula por pouco tempo, pois desistiu por medo de não conseguir aprender. Depois contou também que decepcionou uma profissional que o acompanhava na instituição, mas que depois que ela deixou de ir com ele não conseguiu continuar sozinho. Primeiramente se protege atrás da questão financeira, posteriormente começa a dizer de seus medos.

W. disse que só iniciaria um processo de reabilitação quando se sentisse totalmente seguro e quando sentisse que “era para ser” (sic). Disse ter começado ir a pé ao Ceco, pois recebeu uma mensagem de São Jorge, mas primeiramente não teve coragem. Na segunda vez que recebeu diz ter sentido algo muito forte internamente. Eu disse que ele tomara a decisão de arriscar-se neste dia. E que arriscar faz parte do processo de aprendizagem não sendo possível se sentir totalmente seguro, mas menos inseguro devido a técnicas que ele pode aprender no processo reabilitativo.

Logo depois contou que quando tinha três anos de idade de alguma maneira acessou um momento em que viveu em outra vida onde ele estava numa vala funda em que apenas rastejava. E que em algum momento apareceu seu primo em quem ele “montou” nas costas (sic) e depois que cansou o empurrou de modo que esse caiu de um precipício machucando o olho direito – no qual seu primo tem deficiência visual. Importante foi quando ele questiona se tinha relação com o fato de ele ter dificuldade de se locomover, na medida em que fui interpelando-o.

W. teve algumas experiências de apresentação em que fora convidado. Apresentou-se em alguns equipamentos de saúde mental, numa festa comunitária e na casa de uma pessoa. Comparou uma dessas apresentações em que sentira que

tudo foi feito como ele queria, diferente dos encontros na oficina de música do Ceco. Pergunto a ele o que tinha de diferente e ele respondeu que na oficina muitas vezes o impedimos de tocar algumas músicas ou ainda alguém pede para que ele cante mais baixo. Então diferencio os espaços dizendo que a roda de música não tem como objetivo promovê-lo, mas sim promover encontros entre as pessoas bem como possibilitar que se expressem através da música, diferentemente de um show dele.

Sobre os encontros da roda de música conversei com a educadora sobre o processo individual que tenho realizado com W. e frisei a importância de impedirmos que ele monopolize o espaço da oficina, de estimularmos as pessoas a dizerem quando se incomodam umas com as outras, bem como de colocar a ele também as regras coletivas. Interessante quando W. começou a ter muita raiva de outro participante que tem um movimento parecido com o seu de tocar uma música em seguida da outra e centralizar as escolhas das músicas para si. Coloquei para W. que ele já recebeu a mesma crítica e agora que percebeu isso em outra pessoa se irritou bastante, pois se identificou.

Uma intervenção que foi construída em discussão entre equipes dos Cecos de Campinas foi a de barrar o transporte do Cândido para ele ir a qualquer evento que desejasse ir para tocar, visto que o transporte é institucional e é preciso pensar em critérios para solicitá-lo. Diferentes equipamentos da instituição tinham o costume de solicitar um transporte para ele tocar nos eventos da instituição. Provoco o questionamento de por que só para ele? Algumas dificuldades no manejo foram colocadas por parte dos funcionários.

Alguns elementos desta discussão abordaram o cuidado que temos que ter em não se colocar numa posição subjetiva em que fazemos por ele ou o isentamos de responsabilidade. Até então era feito um esforço por diversas equipes para que um transporte fosse reservado somente a ele. Deste modo apontei que essa ação era conivente com a alienação da qual W. sofria – a de não se a ver com sua deficiência e procurar meios de se locomover a partir desta. Muitas vezes podemos nos encontrar atraídos em entrar no lugar que o usuário demanda, mas é

preciso encontrar meios de romper com esse ciclo ou repetição que sustenta a problemática de seu sofrimento.

Isso porque em psicanálise a demanda é sempre inconsciente e concerne a uma demanda de amor. Essa demanda teve um início anterior na relação com os pais – principalmente em relação à mãe que se isentava de reconhecê-lo como alguém autônomo e retorna na relação com os outros. W. parece demandar que façamos tudo por ele tentando extrapolar alguns limites que não podem deixar de serem pontuados.

Em discussões com a equipe sobre as questões subjetivas de W. foi possível discutir alguns aspectos clínicos para que ao menos os profissionais mais próximos possam se relacionar com ele de modo a auxiliá-lo a conviver com os outros podendo escutá-los sem ter que culpar o outro necessariamente. Não se trata de realizarem um trabalho analítico, mas de se utilizar dos aspectos clínicos discutidos para que não sejamos coniventes com a alienação que W sofria – em uma posição narcísica que se encontra W. e a colagem a uma imagem cheia de expectativas que imagina que o outro tem sobre ele.

Como coloca Freud em “Introdução ao Narcisismo” (1914) o neurótico também pode abandonar a realidade, porém o faz investindo libidinalmente nos objetos imaginários introvertendo a libido ao eu, mas se utilizando da fantasia. W. constrói fantasias de que o outro não quis ajudá-lo e por isso ele não conquista o que quer enfatizando que os outros não lhe dão oportunidade. Constrói também que cada momento é uma oportunidade para o descobrirem e se tornar famoso, mas não imprime mudança, movimento. Deste modo nega sua própria responsabilidade em se a ver com a busca de espaços para tocar, maneiras de se locomover e de se colocar como um adulto que precisa trabalhar.

Quando W. trouxe a lembrança infantil parecia estar dizendo da necessidade em “montar no outro” para realizar suas vontades. Relatou que em sua lembrança o momento em que machuca o outro foi especificamente o de ter machucado um dos olhos de seu primo, que possui hoje um problema de visão. Logo depois ele se jogou no abismo, punindo-se. Ele “monta” nos outros para que

consiga vender um cd, ter sua música divulgada, para ganhar destaque. Raramente tem autocrítica para perceber que se excedeu e não respeitou o limite do outro. O narcisismo toma conta e faz com que ele se aliene de si mesmo. Esquiva-se o tempo todo da falta que lhe é inerente.

W. parece estar colado ao eu ideal de modo que se encontra como objeto do que o outro espera dele ou ainda daquilo que ele imagina que o outro espere. Posição infantil de quem não vivenciou a dissolução do Complexo de Édipo com admissão de alguma insatisfação dada por um limite, pois não se admite castrado – não reconhece sua deficiência não vivendo e não se a vendo com as adaptações que daí devem ser criadas.

Diante desta breve explanação do que foi possível nos encontros de A.T e na oficina de música ao escutar W. formulo algumas questões as quais já iniciei com alguns apontamentos acima. O que concerne ao Centro de Convivência em relação às demandas que W. coloca à equipe? Que estratégias são possíveis para trabalhar em prol de sua inserção e não exclusão?

A estratégia dos A.T (s) acabou sendo viável para possibilitar que W. começasse a se lançar nos lugares que queria ir, mas em companhia que estivesse disposto a se utilizar de leituras clínicas para que ele iniciasse um processo de se escutar e pudesse se sentir minimamente a vontade para dizer de suas questões ao se locomover até a praça, ao se apresentar e procurar oportunidades de trabalhar com música.

Considerando a participação de W. no Ceco e pensando na relação de algumas pessoas da equipe para com ele é possível dizer que através da discussão de alguns desses aspectos clínicos com a equipe foi possível que esta não se fixasse num lugar de quem tem pena da condição de W., mas também percebessem que sua “chatice”, como muitos diziam, advém de um estilo pessoal, que é singular e também relacionada com questões de saúde mental que ainda não estavam sendo trabalhadas ou não reconhecidas como tais.

Em psicanálise manejo é um conceito que diz da relação transferencial que se estabelece entre analista e analisando ou ainda daquele que supõe que o outro sabe sobre ele e o analista então deve apontar que o sujeito mesmo sabe sobre si e, portanto deve se questionar colocando-se no lugar de quem tem responsabilidade sobre aquilo que diz e lhe escapa, surpreendendo-se (com manifestações inconscientes), etc.

A relação transferencial diz de uma repetição, do que o paciente transfere ao analista, como colocou Freud em “Fragmento da análise de um caso de histeria” são novas edições, cópias das tendências e dos fantasmas que precisam ser despertadas e tornadas conscientes...”, em sua maioria proveniente das relações parentais (CHEMAMA, 1995).

Borges (2010) coloca que o desejo do analista pode inspirar a constituição desta transferência no seio da equipe tomando a construção do caso como meio de trabalho compartilhado. Não considero que o processo com W. se deu como uma análise, mas foi na direção de ele se deparar com esta possibilidade – de se deslocar um pouco do lugar de alienado em uma imagem de si. Experimentando deslocar-se dessa imagem que nada tem de responsabilidade por seus infortúnios, deparando-se com suas angústias e aproximando-se de uma posição de questionamento sobre si.

Algumas pessoas da equipe trouxeram posteriormente que ele está centralizando menos no espaço da oficina de música e nos espaços de eventos públicos em que ele costumava falar sobre seu sonho de ser cantor sertanejo e pedir insistentemente para que as pessoas divulgassem suas músicas. Presencio também um desses momentos em que, numa ida a um bar em que W. perguntou da possibilidade de se apresentar, ele recebeu uma negativa e depois comentou que pensou em dizer mais à gerente, porém percebeu que estaria insistindo. Digo então que este movimento é novo de sua parte e que é importante perceber o limite que o outro coloca.

Nos últimos encontros com W. retomei um pouco do que ele foi trazendo como dificuldade, questão e/ou angústia. Ele disse que queria continuar indo na praça, talvez chamando alguém para acompanhá-lo e quem sabe com a bengala que possui e que precisava ser consertada (sic). Disse-lhe que se a “mente estiver uma porcaria” ele pode entrar em contato com uma psicanalista que recomendei. Isso porque ele disse que no Centro de Saúde não gostaria de fazer atendimentos psicológicos, além de ter demonstrado um interesse pela psicanálise.

### **CASO L.**

L. tem trinta e sete anos e entrou no Ceco sob indicação do CAPS III da região, pois ele queria voltar a estudar. No ato de entrega de seus documentos para a realização da matrícula ele recuou e construiu um delírio paranóico de que a professora começou a roubá-lo. Não deu prosseguimento à entrada na escola e desde então suas idas ao Ceco consistiam em tomar um café, observar algumas atividades, dizer de alguns de seus delírios e pedir roupas.

Uma das monitoras sempre guardou peças de roupa e sapatos para ele, pois eram inúmeros os dias em que L. chegava sujo depois de ter andado muitos quilômetros e ter furtado botijões de gás.

L. iniciou o cuidado no CAPS em 2008 e chegou dizendo que estudou até a terceira série, pois sua mãe havia jogado sua matrícula no lixo. Nas crises L. se demonstrava muito agressivo ameaçando a todos.

No fim do ano de 2016, de acordo com relatos da equipe do Ceco, L. chegou bastante agressivo com uma faca amarrada no braço. Disse que estavam o ameaçando e roubando muito dinheiro de sua conta bancária. Falou que chamaria a guarda municipal e quem realiza esse chamado é a coordenadora do Ceco, visto que a ameaça parecia estar na iminência de se tornar ato. O restante da equipe se

trancou em salas, os usuários ficaram muito assustados. A guarda municipal chegou e L. se tranqüilizou, pois se sentiu protegido, agradecendo a vinda. Foi internado no Núcleo de Retaguarda<sup>1</sup> logo depois do ocorrido e perdeu todos seus documentos.

L. recebia intimações referentes a diversos furtos, freqüentemente. A equipe do CAPS disse que havia um receio da parte deles em auxiliarem L. a retirar seus novos documentos e ele ser preso, por isso não o faziam. O pai de L. dizia que esse risco existia, mas ninguém estava o acompanhando de fato para saber como procediam as intimações. A equipe colocava que já havia sido feito esse acompanhamento, mas L. ficou extremamente persecutório com a profissional que o fizera. Assim a equipe decidiu recuar e não o acompanhou mais nos processos judiciais.

L. era bastante vinculado ao Ceco e fazia deste espaço um lugar intermediário para chegar ao CAPS. Nunca chegara ao CAPS diretamente. Ele tinha uma construção de que era proprietário do Centro de Convivência, pois dizia ter nomeado-o. A cozinheira contava que ele estava no dia do sorteio do nome, mas que não foi ele quem o sugeriu. Ele chegava testando a equipe, tentando amedrontar e muitos assim o respondiam. O episódio em que apareceu com uma faca no braço mobilizou muito a equipe e fez com que alguns usuários hesitassem em continuar freqüentando o Ceco.

No início deste ano, logo após minha chegada na instituição, foi realizada uma reunião entre Ceco e CAPS para discutir este caso e pensar sobre o manejo com L. principalmente no espaço do Ceco. Alguns profissionais num primeiro momento levantam a possibilidade de proibir a entrada de L. dizendo que seria importante colocar um limite ao menos temporariamente. Então coloquei que era

---

<sup>1</sup> O Núcleo de Retaguarda até agosto de 2016 se configurou como um remanescente de hospital psiquiátrico localizado no Serviço de Saúde Cândido Ferreira compondo um conjunto de vinte leitos para internações de longa permanência. Fechou com iniciativas do movimento de desinstitucionalização na cidade de Campinas.

questionável pensar na proibição, visto que era um espaço que foi feito para ele. E o que estaríamos construindo? Uma defesa para equipe, o que é válido, porém em relação à sua inserção social? Alguns profissionais enfatizaram que L. chegava ao CAPS apenas quando passava pelo Ceco. A proibição então foi desconsiderada.

Sem cair numa lógica de que é proibido proibir, mas que espaços eram possíveis e interessantes para L.? Que lugar era possível construir com ele no Ceco? Certamente as oficinas estruturadas cartesianamente em começo, meio e fim não seriam as mais indicadas a ele que se encontrava muitas vezes desorganizado no tempo-espaço.

Minha aproximação com L. foi possível em alguns encontros nos quais estive tentando escutá-lo para além das suas tentativas de amedrontamento. Ora pedia papéis e canetinhas para desenhar, ora pedia roupas ou comentava sobre o jardim que possui em seu terreno. Inicialmente fiz um convite a L. para as oficinas que pareciam de ser de seu interesse – o ateliê onde poderia desenhar e chegar no horário que quisesse entre as 9h e 11h; o grupo de horta onde estariam a educadora social e eu.

Um dia em que L. chegou estava para iniciar uma oficina de artesanato, a qual eu coordeno com uma monitora. Pergunto a ela se concordava em L. participar e ela afirmou com a ressalva de que havia usuárias que estavam presentes no episódio em que L. apareceu com uma faca e por isso precisaríamos manter uma distância entre elas e ele. Perguntei a L. se queria aprender algo de artesanato e ele negou. Logo depois disse que sabia fazer carrinhos de fórmula 1 com garrafa pet e se dispôs a me ensinar.

Peguei os materiais para tal atividade e ele então iniciou ao mesmo tempo em que cantava algumas músicas sertanejas atuais. Algumas pessoas riram, outras se mostravam bastante amedrontadas. Então ele me pediu o estilete, pois era preciso cortar a garrafa e com a tesoura não era possível. Então peguei o material solicitado e fiquei mais próxima a ele. Ele o utilizou tranquilamente. No fim da

oficina ele pediu para que guardasse a obra começada para continuar outro dia. Uma das usuárias presentes ficou com muito medo e disse que não voltaria mais ao Ceco.

O outro dia em que participou de alguma atividade foi numa manhã de ateliê. Ele continuou e terminou o carrinho dizendo que este poderia ser guardado no Ceco. Quando a auxiliar de limpeza que já o conhecia, pois residia em seu bairro, disse que ficou surpresa por ele ter feito tal obra, ele responde: “Viu como sei fazer alguma coisa? Não sou doido”.

Posteriormente em discussão na reunião de equipe foi levantada a necessidade de cuidar desses encontros de L. com usuários que estavam presentes no episódio do ano passado, visto que a usuária disse que não freqüentaria mais o Ceco. Pergunto o que a equipe pensava que poderia ser feito e depois de certa resistência em pensar em algo que não impedi-lo de participar expus que conversar com os usuários sobre a presença de L. seria crucial. Como mencionado anteriormente - a sociedade também precisa se a ver com a loucura, não a admitindo sem limites, mas também não a negando.

Como exposto anteriormente a dimensão sociocultural trata da relação do sujeito com seu contexto. Para atuarmos nesta dimensão é preciso intervir também na comunidade por meio de ações que provoquem questionamentos e tensões no imaginário social da loucura que costuma ser discriminatório. A idéia do “louco” como sendo a própria crise ou deste como perigoso continuamente constitui este imaginário.

Freud em *A interpretação dos sonhos* (1901) coloca que um sonho é uma alucinação, sendo a única diferença calcada pelo estado do sono. Enfatiza que deste modo precisamos encarar a loucura como sendo constituinte do ser humano, considerando que ela existe em vários níveis, mas que precisamos reconhecê-la como atributo humano.

Na relação do Ceco com L. acredito ser imprescindível tentar trazer para o campo da palavra o que se passou naquele episódio e os receios, fantasias e medos que ainda repercutiam. Se isso não acontece, a chegada de L. no Ceco sempre será envolta de muitas ações movidas pelo mal estar e até mesmo sucumbem em ações enrijecidas sem reflexão alguma. Acredito que este trabalho de desconstrução do imaginário social da loucura é muito importante para trabalhar em prol da inserção social, mas sem desconsiderar os limites que advém da própria equipe e dos usuários que aí convivem.

Fui acolhendo L. nas chegadas ao Ceco e o acompanhando principalmente na atividade de desenho. Nos desenhos traz sempre seu nome assinado e os grifos “Jeseus” ou “Jesus”. Ele diz que é Jesus e que é preciso eliminar tudo que concerne ao diabo, que ele se refere como sendo “gasparzinho”. Algo de seu delírio é registrado nas ilustrações.

Às vezes conseguia dizer quando estava se sentindo mais ameaçado pelo “gasparzinho” e então perguntava o que o ajudava a se proteger. Ele dizia que queria ir para São Paulo para morar com sua tia e mandar pessoas para matar todos do Ceco. Outra vez referiu-se a uma monitora como sendo a pessoa que mais lhe rouba e que assim que sua tia chegar vai acabar com ela (sic). Curioso é que nunca disse que ele mesmo faria algo contra.

Na medida em que L. foi desenhando e guardando seus desenhos convidei-o para ir à exposição “Afeições” que foi construída a partir de obras realizadas por usuários de dois Cecos de Campinas, dentre eles, o Ceco em que trabalhei. Ele então veio à instituição um pouco antes de sairmos para chegar até o local da exposição e pediu para tomar banho e depois foi. Lá ele participou da roda de conversa inicial sustentando estar no espaço sem nenhum conflito emergir. Emitindo sons que dizia serem do céu ele fez algumas pessoas rirem. Ao final da roda ele respondeu que concordava em construir uma exposição de seus desenhos.

Depois em discussão de equipe decidimos criar um estojo de materiais de desenho de L. tanto para valorizar a atividade que realiza como para possibilitar a construção de um lugar mais circunscrito no Ceco. Esta decisão encontrou algumas resistências da equipe, mas mantivemos o combinado de que em todas as idas de L. seria lhe perguntado se foi ao CAPS naquela semana e se caso não o tivesse chamaríamos o transporte da instituição para levá-lo.

Algumas questões se colocam na inserção de L. no Centro de Convivência a partir de aspectos clínicos construídos a partir de meus encontros com L. e nas discussões com o CAPS.

Considerando que L. apresentava-se delirante na maioria das vezes em que o encontrei e assim confirmavam os profissionais de referência do CAPS, é possível dizer que a remissão desses é pouco provável, não que seja objetivo de um cuidado terapêutico a partir da psicanálise, mas sinalizava um processo de cronificação no qual L. provavelmente não vivenciou um trabalho de escuta de seus delírios e muito tempo se passou nessa condição. Já a reconstrução desses delírios de modo que possibilite uma vida menos alienante e com um mínimo de socialização e trocas sociais também dependendo do contexto em que vive, é possível, e a esse trabalho devemos compor com ele e com o CAPS.

Nas discussões em equipe coloquei alguns aspectos importantes a serem considerados: a necessidade de legitimarmos o que L. diz, não contrapondo o conteúdo de seus delírios, mas não necessariamente validando-os radicalmente a ponto de enfrentá-los ou ainda esquivar-se totalmente. Essas pontuações de acordo com Ribeiro (2005) condizem com uma aposta no sentido de trazer a legitimação daquilo que o psicótico tem a dizer, o que pode permitir que ele crie para si um lugar legítimo de existência.

Pontuei também que sentir medo e não falar sobre ele acaba sendo disparador de reações extremas no contato com L. causando ainda mais mal estar. Importante foram algumas pontuações colocadas por alguns profissionais da

equipe – de que é preciso considerar também as singularidades dos companheiros de trabalho, que se lançarão ou não de maneiras distintas na relação com L. Decidimos então que algumas pessoas ficariam mais à frente de investir na vinculação com ele e quando possível acompanhassem-no na atividade de desenho.

Nas discussões com o CAPS ganhou destaque a questão sobre L. não possuir documentos por medo da equipe de que ele fosse preso ao tentar solicitá-los, devido às intimações que vinha sofrendo. O Ceco entrou como um equipamento essencial para suportar as angústias e medos dos profissionais do CAPS e vice-versa para chegarem à conclusão de que a parceria com a Defensoria Pública seria necessária para esclarecer a atual condição judicial de L. até mesmo para desmistificar o lugar paralisante em que a equipe do CAPS se encontrava em relação a isso.

Ademais é relevante questionarmos o quão eficaz para sua inserção social estava sendo ser conivente com a não retirada de seus documentos e de que forma contribuía com a alienação de sua situação clínica psicótica?

### **Considerações finais**

Foi possível refletir e por em questão o lugar do Centro de Convivência enquanto mediador do processo de cuidado bem como de um lugar que também discute e realiza manejo com usuários de saúde mental ou de pessoas que necessitam de alguma escuta profissional e/ou tratamento e ainda não têm. Tratando-se de um Centro de Convivência faz sentido esse trabalho em prol da inserção social dessas pessoas.

Confere-se a importância de se utilizar de aspectos clínicos tanto para intervir com o usuário como para discutir manejo com a equipe na relação com este em sofrimento psíquico. Assim como com outros equipamentos da RAPS e/ou com outros a partir de uma ação conjunta quando necessário.

Alguns pontos principais se elucidaram ao longo da discussão da utilização de aspectos clínicos a serviço da inserção social no Centro de Convivência. O primeiro deles é em relação às pessoas que enunciam algum tipo de sofrimento psíquico, mas que ainda não possuem um lugar de referência e/ou cuidado. Mostrou-se que o Ceco é um lugar para que essa sensibilização e provocação de uma posição subjetiva em relação a cuidar de si e/ou questionar-se, sobretudo, ocorram.

Outro ponto é a necessidade de se atentar às potências e limitações na construção de lugares subjetivos naquele meio social a cada um que ali frequenta, seja nas oficinas já dadas, sejam naquelas atividades latentes que podem advir ou a partir de uma atividade específica que medie a relação da pessoa com o espaço coletivo bem como com a Arte, esportes ou outros fenômenos sócio-culturais. O objetivo torna-se então acolher a singularidade, que diz do funcionamento psíquico do sujeito e de uma lógica própria, para que seja possível uma inserção social.

A utilização de aspectos clínicos nas discussões dos casos com a equipe mostrou as possíveis construções de inserção social dos usuários de saúde mental, quando esta se questiona como se sente e como se coloca subjetivamente frente a alguns usuários e seus sofrimentos. Respeitando a singularidade também de cada membro da equipe, tendo dentro dessa os limites, habilidades e vontade de cada um.

A respeito da relação com a comunidade geral nota-se que ao falar de clínica, sofrimento psíquico, loucura e a convivência de pessoas com sofrimento psíquico e a comunidade, faz saltar aos olhos a importância de se por em pauta a desconstrução de um imaginário social de extermínio da loucura ou de tudo aquilo que ameaça a ilusória harmonia nos diferentes espaços da instituição.

Mannoni (1981) comenta o contexto social dizendo que a “doença mental” é amparada por toda uma cadeia imaginária popular que lhe dá uma representação que varia segundo as épocas e os países, e por um modelo. Além de aproximar o lugar da loucura em nossa sociedade ocidental ao da bruxaria, pois também se refere a idéias de tabu transgredido ou a de distúrbios sexuais. A loucura diz respeito a todos nós em última instância.

Estratégias de discussão, sensibilização e reflexão com a comunidade em geral também são cruciais. Colocar em palavras o que sempre fora silenciado há séculos é urgente. Os Centros de Convivência podem ser ótimos mediadores neste processo.

### **Referências Bibliográficas**

ALBERTI, Sonia et al . O Acompanhamento Terapêutico e a psicanálise: pequeno histórico e caso clínico. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 20, n. 1, p. 128-141, Mar. 2017 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141547142017000100128&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142017000100128&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/14154714.2017v20n1p128.9>.

ALEIXO, Juliana; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Invenção e produção de encontros no território da diversidade: cartografia de um Centro de Convivência. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 25, n. 3, p.649-659, maio 2017.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, 1, ago. 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998>. Acesso em: 22 Dez. 2017.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARROSO, Adriane de Freitas. Sobre a concepção de sujeito em Freud e Lacan. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul, n. 36, p. 149-159, jun. 2012. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010465782012000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782012000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 22 dez. 2017.

BON-DÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ*, n.19, p.20-28, 2002.

BORGES, Amancio. Elementos mínimos para a construção do caso clínico na prática entre vários, *CliniCAPS*, n. 11, maio a agosto de 2010. Disponível em: [http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_revista\\_11\\_art\\_02.html](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_11_art_02.html). Acesso em 25 de fev. 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.2, pp.219-230. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.

CAMPOS, Rosana Onocko. *Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2014.

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Porto Alegre: Larousse Artes Médicas, 1995.

FREUD, S. (1900). *A Interpretação de Sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

FREUD, S. (1914b). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 83-119.

GALETTI, Maria Cecília. Qual o lugar dos Centros de Convivência na Rede Substitutiva. Centros de Convivência e Cooperativa. Cadernos Temáticos, Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 2015.

GUERRA, Andréa Máris Campos; VIEIRA e SOUZA, Pollyana. Reforma psiquiátrica e psicanálise: diálogos possíveis no campo da inserção social. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 5, fev. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870350X2006000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2006000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 dez. 2017.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. Publicado em: Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). *Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.102, pp.593-606. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.

MANNONI, Maud. *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

MEDEIROS FILHO, A. B. Elementos mínimos da construção do caso clínico na prática entre vários. *CliniCAPS*, v.4, p.1-14, 2010.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. *Psyche* (Sao Paulo), São Paulo , v. 9, n. 16, p. 165-182, dez. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141511382005000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382005000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 dez. 2017.

RINALDI, Doris Luiz; BURSZTYN, Daniela Costa. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 60, n. 2, p. 32-39, jun. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180952672008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672008000200005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 dez. 2017.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.1, pp.25-59. ISSN 0104-5970. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

TENÓRIO, Fernando. A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.