

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**“MAIS PARA CÁ DO QUE PARA LÁ”:
os lados e os possíveis trânsitos em um Caps**

RENATA SOUZA FELGUEIRAS

CAMPINAS
2007

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

**“MAIS PARA CÁ DO QUE PARA LÁ”:
os lados e os possíveis trânsitos em um Caps**

RENATA SOUZA FELGUEIRAS

Monografia apresentada como requisito para a
conclusão do Programa de Aprimoramento
Profissional em Saúde Mental – UNICAMP

Supervisores: Rosana Onocko Campos
Juarez Pereira Furtado

CAMPINAS
2007

AGRADECIMENTOS

Aos Supervisores,

Por me proporcionarem muito mais do que eu esperava encontrar.

Aos Colegas Aprimorandos,

Pelos “encontros” que tivemos ao longo desse ano, dividindo alegrias, inseguranças, inquietações e conquistas.

A Equipe do Caps Esperança,

Pelo acolhimento, paciência, ensinamentos, e,
principalmente,
pela amizade.

Aos usuários do Caps,

Por dividirem suas vidas comigo.

A Mari,

Pela parceria nesse ano,
que te fez minha mais nova melhor amiga.

A minha família,

Pelo suporte em mais um ano da minha formação.

Ao Príncipe Encantado.

“Os muros a destruir não são simplesmente os muros do asilo mas metaforicamente também aqueles do vizinho, da universidade, da administração, do bairro, sem esquecer nossas próprias construções”.

Bichon

“A abertura dos manicômios não exclui a segregação. A respeito dessa perspectiva, proponho a construção do caso clínico”

Viganò

SUMÁRIO

I. PONTO DE PARTIDA: Algumas questões.....	7
II. REFORMA PSIQUIÁTRICA: Novas formas de relação.....	8
III. RESTA UM: Como alcançá-lo?.....	12
IV. CLÍNICA: Saber andar, sem perder o lugar.....	15
V. ESTUDO DE CASO: Era uma vez.....	17
VI. PONTO DE CHEGADA: É só o começo.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

I. PONTO DE PARTIDA: Algumas questões.

- *Sabe Renata, o que eu gosto em você, é que você é mais para cá do que pra lá.*
- *Como assim?*
- *Ah... sempre que eu te vejo, você está conversando com alguém daqui e não fica muito na sala de vocês. Então você está mais pra cá do que pra lá.*

Foi em um tranqüilo final de tarde no Caps Esperança, em que eu estava sentada, conversando sobre assuntos cotidianos com alguns usuários desse serviço, que uma entre eles disse isso para mim. “Eu sou mais pra cá do que pra lá”.

No princípio fiquei confusa com o significado que isso poderia ter e, mesmo após a sua explicação, fiquei tocada por essa observação. Afinal, há dois lados em um serviço de saúde mental, “o de cá” e “o de lá”? O que fazia, ou favorecia, para que eu ficasse mais “pra cá”? E, como transitar por entre eles?

II. NOVO MODELO: Novas formas de relação

A reforma psiquiátrica no Brasil tem como pilar a luta pela desinstitucionalização dos doentes mentais. Para alcançar tal objetivo, é necessária a superação das condições dos modelos assistenciais, dos paradigmas e das ações corporativas centradas no manicômio (Furtado e Onocko Campos, 2005). No entanto, como foi salientado por Nicácio (2002), mais do que a implementação de novos serviços de saúde mental, o ponto mais importante da reforma é a mudança da relação da sociedade com a loucura e suas formas de abordagem.

O entendimento social da loucura é modificado ao longo dos séculos, como aponta Foucault no seu livro *História da Loucura*, e com isso, as formas de intervenção sobre ela também são modificadas. Todavia, a loucura, na maior parte do tempo, era considerada sinônimo da desrazão e, dessa forma, o homem louco não era considerado cidadão, por não compartilhar do pacto social. Dessa forma, a exclusão era a prática tomada, em que o louco, retirado do convívio social, recebia seu tratamento em hospitais psiquiátricos, ou, em Instituições Totais, como Goffman as definiu. Nessas instituições, o atendimento das muitas necessidades humanas era feito de maneira burocratizada e simultânea para grandes grupos, o que retirava a singularidade de cada portador de sofrimento psíquico, passando um rolo compressor na subjetividade de cada doente.

As reivindicações dos atores da reforma psiquiátrica vão de encontro ao resgate dessa singularidade banida. No entanto, Furtado e Onocko Campos (2005) apontam para um grande risco da reforma: privilegiar a adaptação do doente mental ao meio, em detrimento da sociedade repensar sua resposta a doença mental – o que resultaria no apagamento do sujeito. Nesse mesmo raciocínio, Viganó (1999) aponta para o risco que a reabilitação psicossocial ser um condicionamento do homem a sociedade, quando ele adoeceu justamente, por não se encontrar dentro dessas regras. Nas suas palavras: “se ele adoece, é exatamente porque o homem não pode ser domesticado”.

Fernando Tenório, em *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*, inicia seu livro lembrando a proximidade das expressões “psiquiatria” e

“reforma”. O gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar “meios completamente diferentes”, mito da origem da psiquiatria, é o signo de que a ciência psiquiátrica já nasceu como reforma (Tenório, 2001). No entanto, a grande novidade trazida pelo processo datado e conhecido como reforma psiquiátrica é o resgate da cidadania dos loucos. Não basta humanizar o tratamento dos manicômios, nem aperfeiçoá-los; é necessário, modificar o paradigma psiquiátrico de tratamento baseado no controle e na normatização.

A importância analítica de localizar a cidadania como o valor fundante e organizador desse processo decorre do fato de que a reforma é, sobretudo um campo heterogêneo, abarcando a clínica, a política e os âmbitos social, cultural e jurídico, sendo, portanto, obra de atores muito diferentes entre si (Tenório, 2001). Porém, Tenório chama a atenção ao fato de que a assunção da cidadania como valor central se materializou no campo da reforma em duas posições a princípio incompatíveis: uma, a de que se trata de formular uma clínica que organiza seus procedimentos segundo o objetivo de promover a cidadania do louco; outra, a de que o seio do paradigma clínico não há possibilidade de cidadania para ele. De modo que não se trata de reorganizar a clínica, mas de superá-la em prol da dimensão cultural e política da sociedade com a loucura.

Esse impasse é ultrapassado quando se percebe que o grande desafio da cidadania do louco é o modo como ela vai se dar concretamente na vida de cada um. E, que a clínica é condição efetiva para a cidadania, visto que ela é um instrumento para a construção de novas possibilidades de existência para o louco e o reconhecimento de um sujeito na loucura.

Em uma instituição como os Centros de Atenção Psicossocial – Caps – um dos dispositivos pensados para promover essas construções, é o técnico de referência. Esse dispositivo baseia-se na idéia de que um ou mais profissionais aproximem-se de maneira especial de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um projeto terapêutico individual (PTI) (Miranda e Furtado, 2006).

Segundo Furtado (2001), o PTI deve ser elaborado, sempre que possível, junto ao próprio paciente e seus familiares, permitindo a troca e a transparência do

processo de reabilitação psicossocial. Tais projetos devem ser também discutidos entre os profissionais da equipe, de forma a torná-los mais ricos e evitar eventuais pontos cegos. A função básica desse dispositivo consiste na garantia da continuidade do tratamento. E, seu sucesso, está ligado a ampliação da clínica, ou seja, os PTIs devem levar sempre em conta a subjetividade do paciente, assim, como o contexto social e familiar em que ele está inserido.

É importante salientar que a função técnico de referência não implica que o profissional, sozinho, execute as atividades planejadas para tal paciente referenciado. Nem que um profissional fique detentor do conhecimento sobre os casos e acabe se esgotando devido a maciça transferência dos psicóticos. Porém, é de sua responsabilidade planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que, para aquele caso, foram pensadas como potencializadoras da reabilitação psicossocial.

Como bem ressalta Furtado (2001), os profissionais são sempre responsáveis pelo delineamento e conteúdo de como conduzem a atenção oferecida aos usuários. Sempre há projeto, mesmo quando ele não está formalizado.

Assim, se antigamente, as intervenções eram realizadas por um lado, pelo que o usuário demandava ou manifestava, e pelo outro, pelo que os profissionais supunham necessário; hoje, esse novo dispositivo pretende dar conta de demandas pouco evidentes em uma primeira aproximação, que podem estar, até mesmo, latentes. Ele legitima as necessidades e os desejos que só um acompanhante e um conseqüente conhecimento e envolvimento mais profundo com o paciente, possibilitarão identificar e fazer emergir, para por fim, atendê-los na proposta terapêutica.

Há aqui uma grande mudança na postura do profissional de saúde mental. Afinal, ele tem que se esvaziar de seus supostos saberes, e sustentar um lugar vazio, para que esse seja preenchido com o desejo do usuário. Isso não significa um vazio na assistência, mas o reconhecimento de que deve se ter um vazio do tempo clínico para que as demandas do sujeito apareçam. Essa é a condição para

o começo do trabalho, é a condição para o início da construção do projeto terapêutico daquele usuário.

De nada adiantava os profissionais ficarem atrás de determinada usuária para que ela entrasse no banho. Menos eficaz ainda eram as abordagens mais impositivas, as quais ela reagia com agressões físicas. Nenhuma medida iria funcionar enquanto o que estava norteando os profissionais era a resistência da paciente ao banho, contrapondo com a necessidade de que ela mantivesse sua higiene pessoal. Pois, o que os profissionais não conseguiram perceber era o óbvio, havia um elefante branco diante deles: a paciente queria roupas limpas, novas e, principalmente, “suas” para vestir após o banho tomado! Quando esse desejo da paciente pôde ser escutado e, posteriormente, realizado com uma ida ao shopping, seu banho voltou a ser um momento tranqüilo.

Uma outra mudança, sublinhada por Viganó (1999), diz respeito ao corte transversal que esse trabalho de construção opera em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar em que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento. Fruto do movimento do “lado de lá” para o “lado de cá”.

III. RESTA UM: Como alcançá-lo?

Todas essas mudanças foram extremamente importantes, mas não, por si só, suficientes quando pensamos em um tipo particular de usuários: “os de difícil acesso”. Aqueles, cuja aproximação se dá de maneira gradativa e nos espaços mais inusitados. Esquizofrênicos paranóides, que deliram grande parte do tempo, embotados, desconfiados. Aqueles que não permitem que um outro se aproxime, adentre seu mundo construído, pois essa aproximação torna-se invasiva demais e assim, insuportável.

Esses pacientes, que antigamente eram acolhidos pelos pátios dos manicômios, hoje encontram-se nos Caps, recebendo um tratamento digno à sua condição humana, porém continuam tomados pelos seus delírios e alucinações, pouco interagindo com o mundo externo que é compartilhado por nós. Eles não entram em grupos, não se dirigem a um outro para auxiliar na resolução de seus enigmas.

Nesses casos (que são muitos) elaborar um projeto terapêutico individual é um desafio para qualquer trabalhador, que exige paciência e criatividade. Além do contato com esses usuários ter que ser feita de maneira discreta, sem expectativas e sem pré-conceitos.

Do não-lugar da psicose à construção do lugar possível. Esse é um processo no qual o trabalhador em saúde mental pode ter participação importante, criando espaços para que o mesmo ocorra. Na verdade, não necessariamente “criar” espaços, mas utilizar-se de todos. Ou, como Jean Oury alerta e ensina, a partir de sua prática na Clínica La Borde, que o trabalhador tem que estar atento não apenas as coisas em si, mas também, aquilo que se passa entre: entre as pessoas, entre as atividades, entre as palavras. Esse espaço e seu potencial terapêutico é o que Oury denomina como *ambiência*.

Para melhor entender o que esse conceito significa, Jean Oury utiliza-se de um outro conceito, o de *paisagem*. Para ele, paisagem é o acontecimento vivido no qual estamos com o outro, da qual fazemos parte, participando da sua atmosfera. Assim, “cada vez que a gente se move neste espaço intersubjetivo, o

horizonte (Eugene Minskosi) se modifica. É questão de espaço, de limites em relação consigo mesmo e com o outro”. (Oury, 1996 apud Dubene)

É exatamente nessa delimitação, nessa distinção entre si e o outro, no “estar com”, que o psicótico apresenta dificuldades. Quando ele consegue estar com o outro, freqüentemente, temos algo bastante frágil sustentando isso, o que exige certo cuidado, uma certa atenção. E, é nessa situação que a ambiência emerge.

Para Oury, só podemos “estar com” o psicótico se formos capazes de ter acesso à paisagem, o que se dá se formos sensíveis “ao pequeno detalhe, mesmo escondido, mesmo insólito, ser sensível a emergência, ser sensível aquilo que tem *pathos*¹”. (Oury, 1991). No entanto, é necessário também saber decifrar naquilo que se apresenta o que é importante acolher, e qual a melhor maneira de fazê-lo. Afinal, a grande eficácia do acolhimento está na valorização da singularidade daquele que é acolhido. E, esse processo pode-se fazer progressivamente, no tempo possível para tal sujeito psicótico, em que muitas vezes, verificamos a eficácia ao fim de muitos meses.

Assim, a ambiência diz respeito a como se dão esses acontecimentos, encontros e trocas que acontecem na cena institucional, nos detalhes sutis das vivências cotidianas. Implica as pessoas que participam, suas personalidades, seus estilos, a maneira como se aproximam, seu engajamento, assim como a arquitetura local, o ambiente, as coisas presentes, o material trabalhado (Dubena, 2004).

Há, para Oury, uma ligação entre os conceitos de ambiência e de forclusão². Nas suas palavras: “Lá onde não há lei, a ambiência se degrada” (Oury, 1996, apud Dubena, 2004). É a lei que permite que uma delimitação seja realizada. É preciso que essa lei seja consistente, presente dentro da instituição através de lugares heterogêneos, de tempo pontuado, espaços não

¹ Oury descreve e situa fenomenologicamente o tempo e o espaço, no que diz respeito à ambiência, através do aspecto pático (*pathos*). Pático é da ordem da sensação a mais primordial. O que é mais basal, não se encontra no nível da nomeação.

² Oury tem na sua formação uma forte influência da psicanálise lacaniana. Foi Lacan, quem denominou a forclusão (*Verwerfung*) como o mecanismo psíquico para lidar com a castração, utilizado na psicose. O psicótico forclui a castração, não sendo inserido na lei simbólica.

territorializados, estatutos não cristalizados. Quando essa lei não está vigente, a emergência da ambiência é dificultada e o novo é abafado.

Três pontos estão em questão na ambiência. Primeiramente, tecer alguma coisa o plano da existência para o psicótico; em segundo lugar, tentar estruturar um substituto para a lei simbólica que rege os significantes; e por último, oferecer um espaço no qual o psicótico possa se delimitar e se localizar no espaço e no tempo existentes para ele. Assim, é quando a ambiência ganha espaços que há, através de relações indiretas, a possibilidade da transferência com o psicótico. É nessa situação que se abre a possibilidade da pessoa errante, que está em parte nenhuma, ser acompanhada por um outro, até estar presente em algum lugar.

IV. CLÍNICA : Saber andar, sem perder o lugar.

Os Centros de Atenção Psicossocial, na sua missão de cuidar dos sujeitos psicóticos e neuróticos graves, constituem-se como um local capaz de ofertar múltiplos lugares e, como consequência, ter múltiplos olhares sobre cada usuário desse serviço.

Dessa forma, além de espaços formais de tratamento (como os grupos terapêuticos, os atendimentos individuais, as oficinas...) que compõem a grade de atividades diárias, há também, os espaços informais. O café-da-manhã, o café-da-tarde, as refeições, as conversas de corredor, no banco do jardim, a hora do banho... Enfim, os momentos de encontros e tropeços inerentes a rotina de um Caps podem ser reconhecidos como espaços de tratamento (Souza, 1999).

Freud, no seu texto “*A Dinâmica da Transferência*”, coloca: “Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência da transferência só aparecem na psicanálise e não em formas diferentes de tratamento (em instituições, por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nessas outras situações, mas têm de ser identificados como tal”.

Ou seja, relações transferenciais são estabelecidas em outros ambientes fora o setting psicanalítico, muitas vezes, nesses espaços informais. Porém, saber identificar e manejar essas relações é o que insere um caráter terapêutico nesses espaços. Afinal, em uma instituição de saúde mental, os espaços informais também estão inseridos na sua malha de tratamento. A instituição é um grande ambiente de tratamento, que irá se dar nas mais variadas formas.

No entanto, uma coisa é certa: o trabalhador³ frente ao psicótico é um acompanhante em suas errâncias. Voltando a Freud, e quando ele ensinava sobre a “atenção flutuante”, vemos que com o psicótico, essa técnica não se trata de apenas uma disposição para flutuar na sua fala, mas de acompanhar suas ações, seu corpo, movimentos e palavras (Ribeiro, 2004).

³ Coloco aqui o termo “trabalhador” sem especificar nenhuma profissão, pois a transversalidade existente no Caps, coloca todos os trabalhadores responsáveis pelo tratamento de seus usuários.

Andar junto, partindo dos lugares concretos até a chegada no lugar simbólico. A clínica de uma instituição de saúde requer que o trabalhador sustente, com seu próprio corpo e com sua presença, a possibilidade de um tratamento, a disponibilidade de estar junto e a abertura para viver experiências que ajudem o paciente a colocar-se em movimento. Mantenha-se reservado, não se mostrando apenas o suficiente para que o outro saiba que está sendo acompanhado por alguém.

Muitas vezes, até mesmo essa percepção de que há um outro ser existente acompanhando os seus passos, já é um fruto de um longo trabalho. *Passaram-se manhãs, após manhãs ao longo de um ano dentro de do Caps Leste, sempre cumprimentando determinada usuária, com um “Bom dia”, e recebendo como resposta: “Bom dia o quê, danone?” Até que enfim, ela me respondeu, um simples “Bom dia”, mas já me olhando como quem me percebe.*

No contato com esses pacientes, não é raro quando temos que nos colocar a sua frente, para estabelecer um mínimo contato visual. Ou, interromper seu discurso logorréico com: “o que foi mesmo que você disse?” , como se fossemos os remetentes de suas falas. Adentrar no mundo do psicótico, seus delírios e alucinações, sem que isso invada sua pessoa. Estabelecer uma relação de confiança, de cumplicidade, em que o sofrimento psíquico pode ser colocado em questão. É esse tipo de contato, que começa de maneira discreta para depois tomar espaço simbólico que pode ser disparado pelos espaços informais.

E, só entrando em contato com o usuário do serviço que é obtido conhecimento sobre a subjetividade de tal sujeito, para construir seu projeto terapêutico. Projeto esse, que deve ser entendido como um projeto de vida, de reabilitação ou de habilitação psicossocial, em que o lugar de tal pessoa no mundo é construído e compartilhado, assim como seus direitos de cidadão são adquiridos e respeitados. Projeto que passa pelas atividades realizadas dentro do Caps, mas que não podem estar restritas apenas a isso.

Os trabalhadores de saúde mental, após estreitarem suas relações com seus doentes, aprenderem a transitar do “lado de lá” para o “lado de cá”, precisam conduzir seus pacientes para a terceira margem do rio.

V. ESTUDO DE CASO: Era uma vez...

Segundo Onocko Campos (2005), no encontro, corpos e afetividades estão em jogo. Posso dizer, então, que ao entrar em contato com os usuários do Caps Esperança (Leste), houve em mim, um reencontro.

No momento da minha inserção no Caps Esperança, para a realização da parte prática do Programa de Aprimoramento Profissional, esse Caps encontrava-se em um momento interessante, justamente, pela parte em que ele não se encontrava. Nesse período, por problemas no encanamento na sua sede, foi necessária uma reforma de urgência na sua rede de esgoto e para que os usuários não ficassem sem atendimento nesse período, o seu funcionamento foi transferido para o distrito de Sousas, no Candido Ferreira⁴. Esse “momento” se prolongou mais do que o esperado e permanecemos por lá durante dois meses. Nesse período, alguns usuários diminuíram sua frequência pelos mais diversos motivos. Desde problemas como a distância e a falta de transporte, até o mal-estar que gerava em muitos a lembrança das práticas manicomializadas exercidas naquele local, em outros tempos. E, desmentindo Cyro dos Anjos, às vezes as coisas estão no espaço e não somente no tempo.

Acredito que esse deslocamento, no qual marcava a equipe e os usuários, camuflava parte do meu sentimento de estar “deslocada”. Estavam todos ocupando um espaço novo, errando portas, interrompendo atendimentos, não sabendo onde ficava “tal coisa”. Mas, como disse, era só parte desse meu estranhamento que era diluído, outra se mostrou evidente assim que a equipe acabou de fazer as “honras da casa”, de se apresentarem e me mostrarem um pouco dos seus trabalhos. Nesse período, em que não tinha nenhuma atividade estruturada para me inserir, e que ficava na convivência com os usuários, percebi como esse é um espaço em potencial para estreitar as relações com eles. E, foi

⁴No início da década de 90 houve uma reformulação do trabalho realizado no Hospital Psiquiátrico Dr. Candido Ferreira, de acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O hospital, antes fechado, abriu suas portas e se tornou em um Serviço de Saúde, com diversas unidades (Centros de Atenção psicossocial, Núcleo de Oficina Terapêutica, Núcleo Clínico, Núcleo de Atenção a Crise, Núcleo de Atenção a Dependência Química e Centro de Convivência). Algumas dessas unidades, assim como a administração do Candido, permanecem no mesmo espaço físico em Sousas.

justamente, desse espaço informal que estabeleci vínculo com Lucas⁵, o príncipe encantado.

Estava sentada com demais usuários, após o grupo de música, quando Lucas se aproximou de mim pedindo que eu lhe ensinasse uma ciranda portuguesa. Após esse primeiro contato foi sendo construída uma relação muito próxima entre nós. Da “tia portuguesa”, para a “tia Renata” e, em alguns momentos, a “Cinderela”. Esses foram os lugares transferenciais que o Lucas me colocou e, a partir deles, pudemos construir pontes importantes entre os “lados de lá” com “o de cá”.

Para a “tia Renata”, o Lucas trouxe a morte do seu pai, a dor da saudade, o medo que sua mãe também faleça e que, então, ele fique sozinho no mundo, sendo cuidado “pelo hospital”. Foi com muita lucidez, que um paciente delirante como o Lucas, falou desses anseios sobre seu futuro e das lembranças de seu passado. Em uma de nossas conversas, realizada em uma praça, a poucos metros do Caps, Lucas me relatou toda a sua história, desde o início da sua vida escolar, os colégios em que estudou, o interesse que tinha em se especializar em eletrônicos e quando, aos dezessete anos, “ficou biruta”⁶, de tanta coisa que tinha na cabeça, todo o seu conhecimento. Ele contou que sentiu uma pressão muito forte na sua cabeça e que sua mãe o levou para um médico. Toda vez que sentia essa pressão, ele pedia por socorro e sua mãe chamava a ambulância, que o levava para um Hospital Psiquiátrico, onde ficava internado por longos períodos.

Outra razão que Lucas encontra para ter ficado doente era a recorrente dúvida que sempre teve em relação as mulheres: Por que elas são tão leves? Nessa época de colégio ele gostava de uma menina chamada Rosinha, que segundo ele, era tão leve quanto eu. Eles não chegaram a ter nenhum envolvimento afetivo, e Lucas nunca disse muito mais sobre ela, mas por alguma razão, nós duas estávamos interligadas pela nossa leveza.

⁵ O nome do usuário foi trocado.

⁶ Essas foram suas palavras : “Não prestei vestibular, porque aos dezessete anos eu fiquei biruta”.

Leveza que contrapunha a maciça transferência psicótica. Leveza que dava espaço para sua loucura e lucidez. Enfim, leveza que saía do concreto para o simbólico e construiu um conto de fadas.

“Tem certeza de que você não é a Cinderela?” Lucas me fez essa pergunta após termos conversado sobre histórias infantis. Sempre que ele ia falar da nossa relação, a partir de uma transferência erótica, aparecia a Cinderela e o Príncipe Encantado. Certo dia, ele coloca: “O Príncipe precisa beijar a Princesa, mas eu acho que a Princesa não precisa do beijo dele”.

Nas entrelinhas do que conversávamos, Lucas demonstrava toda sua percepção sobre o que se passava entre a gente. E, aos poucos falava da sua sexualidade e do que dela era dirigida a minha pessoa. Ele dizia que estava apaixonado por uma mulher muito parecida comigo e cujo nome era “Eata”. E, em um outro momento, ao conversarmos sobre a Cinderela e o Príncipe Encantado, ele coloca: o nome da Cinderela é Renata, e do Príncipe, Lucas.

Ao longo do ano, esse conto de fadas foi sendo reinventado. E, quando o questionei sobre como ia terminar essa história, ele me disse: “Em março a Cinderela vai embora”.

Março chegou. Apesar de ter trabalhado a minha saída nesses últimos tempos, não há como retirar a tristeza dessa despedida. Lucas chorou no meu colo. Mas se despediu dizendo: “Agora eu já sei cantar uma ciranda”.

Mais do que ter aprendido a cantar uma ciranda, Lucas começou a circular na equipe, nos lados da Instituição, de maneira inédita. Não foram poucas as vezes em que escutei: “Nunca vi o Lucas sentado tanto tempo conversando com alguém”, “ninguém consegue que ele faça nada que o contrarie”, “nossa, ele nunca tinha participado de grupo algum”...

Movimentos novos aconteceram com o Lucas. As razões para que eles acontecessem talvez nunca fiquem totalmente compreendidas. E, mesmo que ficassem, elas não serviriam de modelo para outras situações parecidas, afinal, como já foi dito nesse trabalho, “no encontro, subjetividades estão em jogo”.

No entanto, o que consigo dizer é que a todo momento em que estava com o Lucas havia, em mim, uma disponibilidade para “estar com”, para levemente

acompanhá-lo, sem qualquer expectativa, mas na espera (ativa) pelo novo. Nós compartilhamos a mesma paisagem, sempre mudando o cenário, andando sem perder o lugar, construindo o seu lugar, e deixando emergir a ambiência.

-“Vamos participar do Grupo de Culinária, Lucas?”

-“Vamos! Vou mostrar o café brasileiro para a tia portuguesa”.

Foi assim. E ele começou a entrar algumas vezes no grupo. Ele mesmo se surpreendeu: “Nossa, tanta gente na cozinha e dá certo!” Sim, as coisas podem dar certo e ele pode participar disso.

Alguns meses depois, em uma visita até sua casa, conversando com sua mãe, ela me diz: “O Lucas falou que estava lavando louça lá no Caps, mas eu não acreditei não... aqui ele nunca fez nada”. Sim, O Lucas sabe lavar louça e, após vinte e seis anos (desde seu primeiro surto), ele surpreendeu também a sua mãe.

Essa experiência com o Lucas confirma este ensinamento de Oury: “O psicótico poderá se exprimir e nos ensinar a sintaxe de seus problemas. Mas isso só é possível quando ele próprio é apreendido num contexto de convivência e respeito” (Oury, 1991).

VI. PONTO DE CHEGADA: É só o começo...

Como foi visto ao longo desse trabalho, a nova proposta de assistência aos psicóticos e neuróticos graves, propiciou um estreitamento entre os lados “de cá” e “de lá” presentes em uma instituição. Há uma dinâmica própria do Caps que aproxima as pessoas e dificulta, para uma pessoa desavisada, a distinção entre os cuidadores e os que são cuidados.

No entanto, essa distinção existe e continuará existindo. Mas esse não é o problema. A dificuldade está quando essa separação desaproxima as duas partes. Aí mora o equívoco, porque o conhecimento teórico apresenta sua função, apenas, por deixar o profissional advertido sobre os fenômenos. Porém, só será possível conhecer a “Sara” entrando em contato com ela. Esse saber é construído a partir da relação e, tem por finalidade, a aposta em uma proposta terapêutica.

Como aprimoranda, eu constituí um lugar terceiro frente a dupla Caps – Usuários. Oury denomina esse terceiro elemento de “corrente de ar” sendo os responsáveis pelo movimento, pela passagem de ar. São eles que trazem a crise, apontando o que está lá há muito tempo e ninguém mais tem olhos para ver e que não aceitam respostas mecânicas, buscando sempre algo mais (Dubena, 2004). São eles, um dos fatores, que não deixam que os lados da instituição se afastem e se cristalizem.

Por si só esse lugar já pressupõe um tráfego entre os locais de uma instituição. Mas há uma outra dimensão que é o da formação. Oury é enfático ao dizer: “Os fortes nos temas não são os melhores psicoterapeutas”. Há uma dimensão pessoal e, muitas vezes inconsciente, nas nossas escolhas profissionais. Assim, devemos refletir sobre a escolha por saúde mental.

Escolha por um trabalho que sustentamos com o nosso próprio corpo, que muitas vezes é oferecido como o suporte para aquele paciente que se encontra, subjetivamente, dilacerado.

Trabalho em que nos oferecemos como pontes para recomeços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DUBENA, M. U. **Nas Entrelinhas da Psicoterapia Institucional? O Conceito de Ambiência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2004.

FURTADO, J. P. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos. In HARARI, Angelina & VALENTINI, Willians (orgs.) **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. São Paulo, Hucitec, 2001.

FURTADO, J. P. ONOCKO CAMPOS, R. T. A transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, vol. VIII, n 1, março de 2005.

MIRANDA, L. FURTADO, J. P. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, vol. IX, n.2, setembro de 2006.

MOURA, A. H. **O Equipamento de Saúde Mental, suas Instituições e o Clube dos Saberes**. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 2002.

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

ONOCKO CAMPOS, R. T. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva**. Ciência e Saúde Coletiva, 10(3): 573-583, 2005.

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

SOUZA, A. M. O. **Espaços informais: uma possibilidade no tratamento institucional de pacientes graves**. Monografia (Aprimoramento em Saúde Mental) – Programa de Integração Docente-Assistencial, CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo, 1999.

SOUZA, A. M. O. **Loucura em cena? a “Ambiência” como espaço informal de tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

TENÓRIO, F. **A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Coringa/Escola Brasileira de Psicanálise**, n 13 set., Belo Horizonte EBP-MG, 1999.