

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

ALINE LOPES DE ASSUNÇÃO

**O encontro de afeto em um Centro de Atenção Psicossocial-
CAPS: relato de caso**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2021

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

ALINE LOPES DE ASSUNÇÃO

**O encontro de afeto em um Centro de Atenção Psicossocial-
CAPS: relato de caso**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani

São Paulo

2021

Banca examinadora:

*“A noite está tépida. O céu já está salpicado de estrelas. Eu que sou exótica
gostaria de recortar um pedaço do céu para fazer um vestido.”*

Carolina Maria de Jesus

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Finance Code 001

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e aos amigos de luz que já fizeram a transição e estão sempre ao meu lado;

Aos meus pais, meus maiores incentivadores e por quem guardo profunda admiração;

Ao Thales, que com paciência e acolhimento me estimulou a seguir no árduo e gratificante caminho do mestrado;

A Maiara e Bruna, pelas conversas e apoio irrestrito;

A Gabriela, Fabiana e Mariane, pela generosidade de me acolher e compartilhar comigo tanto sobre cuidado humanizado e a Luta Antimanicomial;

Ao Henry (in memoriam), pela perseverança até onde foi possível;

A Carina Faria e Gabriel dos Anjos, pelo cuidado ético e profissional;

A Professora Dra. Marlise Aparecida Bassani, minha orientadora, que apoiou, acreditou e torceu pelo meu trabalho;

Ao Professor Dr. Alfredo Naffah Neto, que me guiou no início da jornada do mestrado;

A Associação Saúde da Família, por permitir meu afastamento do trabalho para me dedicar aos últimos meses do mestrado;

Aos meus colegas de trabalho, com quem compartilho discussões, frustrações e conquistas;

E, principalmente, ao Caio, sua família e demais jovens que atendi, por tanto me ensinarem e aceitarem os meus 'não-saber'.

ASSUNÇÃO, A. L. **O encontro de afeto em um Centro de Atenção Psicossocial- CAPS: relato de caso.** 2021. 59p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani.

RESUMO

Estudos acerca do cuidado de jovens em sofrimento psíquico psicótico se mostram cada vez mais necessários nos dias atuais, em especial, aprofundando as relações que encadeiam a terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, serviço do SUS norteador do cuidado de atenção psicossocial. O interesse pelo tema da pesquisa surgiu a partir da atuação ainda enquanto aluna de aprimoramento multiprofissional, em que era observada a dificuldade em respeitar as particularidades que os jovens exigem da clínica, tal como a flexibilização das pactuações, horizontalização nas relações e a recusa inicial frente ao cuidado em saúde. Em países como Inglaterra, Austrália e Escócia, ambulatórios para esse período de vida foram criados, entendendo que as especificidades da juventude são diferentes da infância, adolescência e vida adulta geral. Dessa forma, a partir da pesquisa-investigação em psicanálise, esse trabalho se propôs a investigar a relação de afeto entre um jovem psicótico e os profissionais de cuidado durante o processo terapêutico através da teoria winnicottiana, apresentando relato de caso suficientemente modificado. As análises indicaram a importância de características como flexibilidade, estabilidade e disponibilidade do terapeuta para afetar e ser afetado pelo paciente, reconhecendo-o como detentor do conhecimento sobre si. Apresentou-se relevante a atenção que o terapeuta deve dar aos afetos circulantes nas relações com os jovens atendidos em CAPS. Além disso, a relação terapêutica pode ser entendida com um espaço intermediário, onde, através do encontro, é possível o sujeito passar por experiências até então não vividas junto ao terapeuta, possibilitando a elaboração e reintegração de aspectos até então dissociados.

Palavras-chave: Relação terapêutica; psicanálise; psicose; jovens; afeto.

ASSUNÇÃO, A. L. **The affectionate encounter in a Psychosocial Center-CAPS: case report.** 2021. 59p. Master's Dissertation (Master in Clinical Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

Advisor: Professor Marlise Aparecida Bassani PhD.

ABSTRACT

Studies about the care of young people in psychotic distress are increasingly needed nowadays, in particular, deepening the relationships that link therapy in a Psychosocial Center - CAPS, the Brazilian Unified Health System - SUS service that guides psychosocial care. The interest in the research topic arose from my work as a multiprofessional improvement student, in which the difficulty in respecting the particularities that young people demand from the clinic was observed, such as the flexibility of agreements, horizontalization in relationships and the initial refusal to face to health care. In countries like England, Australia and Scotland, clinics for this period of life were created, understanding that the specificities of youth are different from childhood, adolescence and general adulthood. Thus, based on investigative-research in psychoanalysis, this work proposed to investigate the affectionate relationship between a psychotic youth and care professionals during the therapeutic process through the Winnicottian theory, presenting a sufficiently modified case report. The analyzes indicated the importance of characteristics such as flexibility, stability and availability of the therapist to affect and be affected by the patient, recognizing him as the holder of knowledge about himself. The attention the therapist must give to the affections circulating in the relationships with young people assisted in CAPS was relevant. The therapeutic relationship can be understood as an intermediary space, where, through the encounter, the patient can go through experiences that had not been lived yet alongside the therapist, enabling the elaboration and reintegration of aspects that have been dissociated up until then.

Key Words: Therapeutic relationship; psychoanalysis; psychosis; young people; affection.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 DO MANICÔMIO AO CAPS: da segregação à integração social	14
1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS	18
1.2 Jovens na Saúde Mental	22
2 AFETO EM WINNICOTT	27
2.1 O terapeuta	28
3 MÉTODO	32
O caso clínico	33
4 O CASO CLÍNICO – ANÁLISE E DISCUSSÃO	35
Apresentação do Contexto	35
Encontros e Análise	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54

INTRODUÇÃO

“....
De que iracundo deus cumprindo o aresto
venho?!
Nada, apenas a dor; que deseja o demente?
que quer na vida, mais que o pesado lenho
que há de arrastar, gemendo e só,
eternamente?

Isto mesmo: sofrer: sofre, pois. A tu'alma
se afinará na dor, cysol da amargura;
não mais peças e sonhes, e o teu peito
acalma.”
(Anônimo, 1905 apud Cunha, 1986, p.107).

Este projeto se estrutura a partir de algumas inquietações: “Como ‘fazer política’ junto à academia? Como militar pelos direitos humanos ao lado da ciência?”. Questionamentos que levaram não só à minha escolha quanto à imersão no Mestrado, como ao desafio de retratar para a academia a especificidade do cuidado dentro das políticas públicas, em especial, a da clínica antimanicomial, área marcadamente estruturada a partir da militância pelo direito à voz daqueles em sofrimento psíquico.

Ainda na graduação, tive meu primeiro encontro profissional com a saúde mental facilitado pela Psicologia Comunitária. Até então, esse contato apresentava-se apenas através de contos sobre a história familiar: pelo fato de meu avô paterno trabalhar no Hospital Psiquiátrico do Juquery dos anos 1940 aos 1960. Após sua chegada de Pernambuco, o estado lhe cedeu uma casa dentro do complexo hospitalar, local onde seus sete filhos foram criados, vivenciando suas conquistas e individualizações juntamente com os moradores e trabalhadores. Histórias como a do meu tio que caiu no rio e foi salvo por um *paciente*¹; do colega de escola da minha tia que foi internado no hospital e, após sessões de eletrochoque, faleceu; ou do *paciente*, amigo da família, que não apareceu mais, sendo descoberto meses depois que havia engasgado com a marmelada que sua família havia levado. As filas para os dentistas e médicos,

¹ O termo *paciente* deixa de ser utilizado na saúde mental a partir da Lei 10216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, entretanto será utilizada no texto para se adequar a linguagem do contexto histórico da narrativa.

em que meu pai e tias não tinham conhecimento de quem eram os outros que aguardavam antes e depois deles; o *paciente* que falava com os bichos; o respeito, a paciência e os afetos.

Lembro-me desses contos surgirem em especial nos Natais e aniversários em que íamos para a casa da minha tia em Franco da Rocha, ao passarmos pelo Juquery ou em momentos em que descansávamos todos na rua, em frente à casa, de noite, ao som dos grilos e aroma do campo. O hospital fez parte da minha infância, mesmo que só tenha adentrado ao Complexo apenas como graduanda, quando meu tio me apresentou os lugares por onde ele passou e por onde os *pacientes* viviam, como as rotundas, pátios e locais de trabalho (de laborterapia). Dessa forma, entender a complexidade que envolvia essas relações e experiências não foi instantaneamente permeada pela crítica quanto ao tratamento ofertado na época, mas sim pelos afetos existentes. Hoje compreendo que tal caminho foi fundamental para minha aproximação com a luta antimanicomial e a busca pelos direitos humanos e civis aos calados por um diagnóstico, sempre através das afetações.

Durante a graduação, rapidamente a saúde mental se mostrou como minha principal área de interesse, sendo tema de todas as pesquisas/projetos de pesquisas que me envolvi na época. Foi por meio do estágio obrigatório que ingressei no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva, local onde iniciei, em 2014, minha trajetória profissional com o aprimoramento², surgindo novos e mais complexos questionamentos.

Estar no dia a dia de um CAPS é estar disponível às mais diversas situações. É uma dança que começa sem música, é um grito, um desenho. Alguém canta do outro lado, outros continuam desse. Um jogo de dominó acontece no meio dessa cena; a dança mudou agora para forró. E dentre tanta pluralidade, talvez por conta também da minha pouca idade adulta na época, logo estranhei a falta de jovens como eu. Os que lá estavam, geralmente, não tinham interesse ou planos para vida, possivelmente por conta do efeito da medicação. Seriam todos os jovens acompanhados pelo CAPS assim? E, seriam esses, tão poucos?

² Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental 2014/2015 – PAP-FUNDAP/SES-SP

Coincidentemente (ou não), aproximei-me do grupo de futebol do CAPS, espaço que vim a entender como um importante polo da juventude em serviços como esse. Onde as conversas eram mais leves, as relações completamente horizontais e os afetos circulantes a todo momento. As brincadeiras quanto ao time de futebol de cada um, as caminhadas no território até a quadra e as disputas – sempre sérias – de bola durante o jogo proporcionavam potentes desconstruções sociais para todos os envolvidos, sejam usuários, profissionais ou aqueles da comunidade que observavam a partida e, eventualmente, até participavam. Passei a perceber que os encontros horizontais formados no grupo enlaçavam as relações de afeto no cotidiano do serviço. Relações de cuidado em que era permitido o olhar para a vida do sujeito, não para o tratamento a um diagnóstico. Relações em que era possível estar com o outro no território em busca de um curso técnico ou de um trabalho, ou apenas de um sorvete na calçada da casa. Relações em que as afetações eram permitidas e sentidas.

É a partir desses encontros que estruturei esse trabalho. Utilizando da pesquisa-investigação em psicanálise, proponho-me a investigar as relações de afeto entre o jovem psicótico e os profissionais de cuidado durante o processo terapêutico, apresentando relato de caso suficientemente modificado a fim de manter os procedimentos éticos exigidos em uma pesquisa com seres humanos. Visando explanar a complexidade do campo da luta antimanicomial e da especificidade da atenção aos jovens em sofrimento psíquico, assim como a justificativa da relevância do tema, retomarei nos capítulos a seguir a história da loucura no Brasil e da Reforma Psiquiátrica, especificando o cuidado dentro dos CAPS, assim como a interlocução com a teoria de D. W. Winnicott, utilizando-me de um caso clínico para analisar essas relações.

Importante reforçar, antes de seguirmos, que a luta antimanicomial permanece incipiente no mundo todo. A radicalidade a que ela se propõe em sua origem, isto é, a de que a loucura possa ser aceita na sua essência pela sociedade e o campo de estudo ultrapasse o da saúde, retirando-a do olhar biomédico e medicalizante, ainda está distante de ser contemplada, sendo difícil imaginá-la possível da forma que hoje a sociedade se organiza. Entretanto, retomar os objetivos propostos pela luta antimanicomial significa manter no horizonte a perspectiva da existência de uma sociedade não só livre de

manicômios, mas onde o diferente possa existir por si, com afeto e sem diagnósticos.

1 DO MANICÔMIO AO CAPS: da segregação à integração social

*“Me perdi do espaço e do tempo
Não sei porquê a razão me ignora
Estranhos surgem do nada
Meus amigos foram embora
Nada me parece possível
Meu mundo é muito pequeno
Tudo cinza, tudo igual
É como se tomasse veneno
Não tenho domínio do hoje
Mas lembro bem do que fui outrora
As coisas não são mais minhas
Não cuido mais do meu jardim
Não há esperança na “Caixa de Pandora”
Ergueu-se um muro em torno de mim”
(COELI, 2011, ‘Transtorno’, p.99)³*

Ao longo da história moderna, a loucura se concentrou predominantemente em três áreas: a da religião, a da segurança pública e a da medicina. Até onde é possível remontar, a visão religiosa é a que por mais tempo permaneceu como detentora do conhecimento da loucura, sendo inicialmente interpretada como sinal divino. Naquele momento, esses indivíduos eram tidos como pessoas a serem veneradas; representantes de Deus entre os humanos. A partir da metade da Idade Média, com o autoritarismo enrijecido da Igreja, os loucos, assim como todos que não seguiam os padrões sociais-religiosos pré-estabelecidos, passaram a ser vistos como merecedores de uma punição divina, sendo aqueles que o cercavam considerados ‘pecadores’. A interlocução com a segurança pública tornou-se, então, mais intensa, sendo esta responsável por segregar e isolar os “castigados por Deus”, como os loucos, leprosos, mendigos, aleijados, prostitutas e todos aqueles “a margem da sociedade”, em asilos e prisões administrados pela Igreja. (FOUCAULT, 1961)

No século XVIII, liderada por Philippe Pinel (1745 – 1826) e os ideais da Revolução Francesa, a medicina passa a reivindicar a loucura como objeto de conhecimento e os loucos como pessoas a serem tratadas. Com a ciência farmacológica ainda com pouca eficácia, a principal técnica utilizada era a dos tratamentos morais, nos quais entendia-se que seria possível alterar o comportamento dos *pacientes* através de atitudes de intimidação e repressão (PEREIRA, 2004). No século seguinte, Emil Kraepelin (1856 – 1926) trouxe

³ André Coeli é usuário de serviço de saúde mental no RJ e autor do livro de poesias *Ofício*, de 2011.

consigo a “primeira psiquiatria biológica” (MESSIAS, 2014, p.788), com o foco na criação de um sistema nosográfico capaz de classificar as ‘doenças mentais’⁴. Seguido por Sigmund Freud (1856 – 1939), que inicia os estudos sobre a histeria, ambos os autores revolucionaram a psiquiatria da época, instaurando trabalhos sobre a “demência precoce” e as neuroses, respectivamente, mantendo o caráter classificatório das patologias.

Enquanto isso, no Brasil, a Família Real Portuguesa transferia-se para o país (1807), trazendo consigo investimento para a atividade médica com o objetivo de proteger a realeza de doenças e epidemias. Através da estruturação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 1829, posteriormente chamada de Academia Imperial de Medicina (AIM), a medicina sanitária passa a se preocupar com as epidemias causadas pelo meio, originando maior desenvolvimento desta ciência. Com o crescimento rápido das cidades, em especial do Rio de Janeiro e de São Paulo, a loucura passa a constituir elemento comum à vida na cidade, sendo o tratamento da loucura reivindicado pela AIM no ano seguinte a sua inauguração, criticando e denunciando as Santas Casas de Misericórdia, até então detentora do conhecimento – e segregação – do louco (CUNHA, 1986).

Em 1852, quase que simultaneamente, são inaugurados no Brasil o Hospício de D. Pedro II, no Rio de Janeiro, e o Asilo Provisório dos Alienados da Cidade de São Paulo, ambos com respaldo das propostas de Pinel e Esquirol. Sob a direção do Dr. Franco da Rocha (1864–1933), primeiro alienista paulistano e leitor assíduo de Freud, o Asilo passa a chamar-se Asilo-Colônia de Juquery em 1898 e é transferido de local para fora da cidade, em terreno arquitetonicamente projetado pelo o engenheiro arquiteto Ramos de Azevedo, sob os princípios da teoria organicista e do tratamento moral, fundados nas práticas da laborterapia.

Os dois hospícios, juntamente com o Hospital Colônia de Barbacena – MG, foram palco de torturas e violações, como superlotação, falta de alimentos, espaços insalubres, exposição ao calor e frio intensos, violências múltiplas, segregação, exploração, dentre outros. ARBEX (2013) retoma que os internos, “homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina,

⁴ ‘Doentes mentais’ e ‘doenças mentais’ deixa de ser utilizado a partir da estruturação da Reforma Psiquiátrica

dormiam sobre capim, eram espancados e violados. [...] Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença, [...] de choque.” (p.14). Cunha (1986) descreve sua visita ao Complexo Hospital do Juquery como sendo clara a observação de práticas excludentes e discriminatórias, a construção de “doenças” para justificar os comportamentos dos que não seguiam as regras sociais, as rotinas e procedimentos violentos e arbitrários e, em especial, a operacionalização das teses eugênicas em busca da normatização do operariado. Tal descrição é passível de ser transponível para qualquer outro manicômio, o “destino de depósitos de seres sem saída, espaço da incurabilidade, sala de espera dos indigentes” (CUNHA, 1986, p. 208). O psiquiatra italiano Franco Basaglia, em ida ao hospício de Minas Gerais, descreve-o como um “campo de concentração nazista”, afirmando que em nenhum lugar do mundo havia presenciado tamanha tragédia. (ARBEX, 2013, p.15).

Ao final da Segunda Guerra Mundial, expostas as crueldades e horrores dos campos de extermínio, começa-se a discussão quanto a uma reconstrução mundial voltada à humanização, concretizando-se com a criação da ONU (Organização das Nações Unidas) em 1945 e da OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1948, mesmo ano da proclamação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Somando-se a isso, a violação de direitos humanos nos manicômios e a dificuldade no cuidado daqueles traumatizados no pós-guerra originam em diversos países da Europa propostas substitutivas ao cuidado segregado ofertado àqueles em sofrimento psíquico até então.

No Brasil, a reforma psiquiátrica apenas ganha força ao final da década de 1980, com o fim da ditadura militar e a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental em Bauru/SP em 1987, organizada por usuários, familiares e trabalhadores e onde foi apresentado o primeiro manifesto público a favor da extinção dos manicômios. No ano seguinte, após a aprovação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde começa a ser implantado, estabelecendo no Artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Em concomitância, ocorre a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil,

a estruturação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial - MNLA e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospício de Santos/SP conhecido como 'Casa dos Horrores'.

Na década seguinte, a Reforma Sanitária estrutura-se de maneira contundente a partir da Lei 8080/90, abrindo espaço para que, em 06 de Abril de 2001, a Lei 10.216 fosse aprovada, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Seus pressupostos redirecionaram a assistência em saúde mental para os serviços de base comunitária, decretando o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos, e dispendo acerca da proteção e garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente. Concretizando alguns dos seus principais objetivos, a Reforma Psiquiátrica efetivou a desinstitucionalização de mais de 6700 pessoas⁵ que, em sua maioria, passaram por décadas de violações de direitos humanos, isolados da família e sem ter seus desejos legitimados.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) faz parte da rede do Sistema Único de Saúde- SUS e engloba os serviços substitutivos, em especial: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), as Unidades de Acolhimento (UA) e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais).

Desde a estruturação da RAPS em 2011, as Comunidades Terapêuticas estiveram no limite da inclusão; instituições estas com funcionamento similar aos hospitais psiquiátricos e que se utilizam da internação involuntária, isolamento, abstinência e com tratamentos morais e religiosos como estratégias de cuidado. Apesar da política nacional sobre drogas considerar até então a redução de danos (RD) como principal estratégia de cuidado em saúde (GOMES-MEDEIROS et al., 2019), o tensionamento político – em especial pelo Ministério da Justiça, com políticas reconhecidamente proibicionistas – mantiveram as Comunidades Terapêuticas nas lacunas da lei, sendo financiadas e mantidas por entidades beneficentes da assistência social, geralmente ligadas a instituições religiosas (TEIXEIRA et al., 2017). Sujeitos em uso ou não de substâncias psicoativas continuaram a ser internados nesses locais, que se utilizam do falso

5 BRASIL. "De Volta Para Casa" promove reintegração social de pacientes com transtornos mentais. Blog da Saúde – Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

discurso comunitário para esconder o radicalismo dos pressupostos moralizantes, segregadores e proibicionistas, desconsiderando todo aspecto social e cultural para o sofrimento psíquico (MARTINS E ROCHA, 2021).

Entendendo esse movimento como retrocesso às conquistas de direitos e deveres desses sujeitos, urge a necessidade de fortalecer a clínica antimanicomial frente a academia, visto que o movimento contrário, liderado principalmente pelos discursos conservadores, religiosos e higienistas, costumeiramente apresenta resultados quantitativos tendenciosos, sem dados qualitativos a médio-longo prazo. Moreira, Guerrero e Bessoni (2019) destacam que desde a mudança do coordenador de saúde mental em 2016, “o MS [Ministério da Saúde] vem promovendo evidentes recuos na saúde pública em geral ao assumir uma perspectiva conservadora e neoliberal [...] o resgate do modelo manicomial.” (p.7). A desinstitucionalização de pacientes-moradores e fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos que estava em curso perdeu espaço e interesse político para agendas segregacionistas. Enquanto em São Paulo o Estado comemorou a saída do último paciente-morador do Juqueri em Abril desse ano de 2021 (DELLOSI, 2021), em 2020 publicou um manual para instalação e funcionamento das Comunidades Terapêuticas, em parceria com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, reafirmando os ideais de abstinência e isolamento, com parcerias com instituições religiosas e sendo regulamentado pela Secretaria da Justiça e Cidadania, validando o discurso proibicionista e criminal frente às questões de saúde e tratamento (CONED, 2020).

1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

Com apoios municipais pontuais, diversos CAPS foram inaugurados a partir do final da década 1980, entretanto a Portaria GM/MS nº 336, que estabelece e organiza as modalidades desses serviços, sendo estas I, II, III, ad (II e III) e ij (II e III), foi assinada apenas em 19 de fevereiro de 2002. Para fins didáticos, explicito que os CAPS II e III são os direcionadores dos cuidados dos sujeitos de 18 anos ou mais em sofrimento psíquico grave e persistente, diferenciando-se quanto ao período de funcionamento, de segunda a sexta-feira, das 7h00 às 19h00 (Caps II) e por 24hs (Caps III). Os CAPS AD direcionam o

cuidado daqueles em uso abusivo e prejudicial de substâncias psicoativas, podendo funcionar nos dois modelos de horário, assim como os CAPS IJ, que atuam no cuidado do público infanto-juvenil. Os CAPS I são estruturados em cidades de até 70 mil habitantes e voltam-se ao cuidado dos três públicos acima mencionados.

A implantação da rede substitutiva se deu de forma gradual, iniciando através da disponibilidade dos profissionais de aprender na prática a reabilitação psicossocial. Jairo Goldberg (2016), fundador do CAPS Dr. Luiz da Rocha Cerqueira/CAPS Itapeva, o primeiro CAPS do Brasil, ressalta que a compreensão dos profissionais quanto ao cuidado em liberdade ocorreu apenas após o serviço já estar em funcionamento, isto é, quando já existiam condições para que se pudesse refletir sobre a prática. Um dos fatores que não cabia mais nesse processo era o cuidado exclusivamente biomédico, visto que este não trazia resultados satisfatórios a longo prazo, implicando usualmente apenas em consultas rápidas com longos intervalos, remédios e não impedia a internação dos pacientes em locais inadequados; “era preciso desmontar pouco a pouco um certo *saber negativo* da psiquiatria, e [...] deveríamos nos demonstrar [...] disponíveis ao florescimento de um outro saber” (p.45). Assim o CAPS iniciou a desconstrução do modelo ambulatorial àqueles em sofrimento psíquico grave e persistente, momento no qual o saber médico passou a ser revisto como parte de um processo de cuidado, e não como único.

Goldberg (2016) também traz como importante fator para a reflexão dos profissionais quanto ao cuidado ofertado até então o olhar ‘científico-psiquiátrico’ de sujeito-objeto, colocado em prática pela equipe dos hospitais psiquiátricos através do foco na doença e no sintoma, em vez do sujeito, da sua história e da sua singularidade. No CAPS, ao entrar em contato com essas pessoas dia após dia, que iam ao serviço oriundas de sua casa, com alegrias e frustrações, com amigos e familiares, o sujeito passou a emergir. Profissionais que apenas viam a doença, passaram a ver o indivíduo.

O autor refere que chegou o momento em que as práticas clínicas não cabiam mais apenas dentro dos muros da instituição, visto que o modelo ambulatorial não tinha a aderência do psicótico (p. 46), e a equipe de cuidado tornou-se referência, com a instituição, frente ao território. A reabilitação psicossocial foi percebida, assim, como longitudinal, em que o limite do tempo

não era dimensionado e “onde se garantia a participação do paciente em todo o processo” (p.44), visando estabelecer sua relação com a instituição através da autonomia.

O CAPS foi, então, estruturado para ser revolucionário. Assim como o próprio Sistema Único de Saúde – SUS preconiza, o paciente passaria a ser chamado de usuário – aquele que *usa* o serviço de saúde – e ele seria responsável não só pelo seu cuidado, mas também pelo próprio funcionamento da instituição. Caberia a ele, juntamente com seus familiares e os trabalhadores, a luta pela garantia de um cuidado humanizado, reconhecendo como seu direito ter um ambiente de acolhimento, de escuta, de disponibilidade, de respeito e onde as diferenças seriam não apenas bem vindas, mas necessárias.

Geraldo Peixoto, pai de André, antigo usuário de CAPS, foi um reconhecido militante da luta antimanicomial (CRP, 2015). Participou ativamente para a implantação dos serviços substitutivos, ajudou a estruturar a Associação Franco Basaglia⁶ e teve fundamental importância na Comissão da Reforma Psiquiátrica em Brasília, junto ao Governo Federal. Sr. Geraldo estava presente em todas as reuniões que conseguia para discutir o fim dos manicômios. Conheci ele quando ainda estava na graduação. Não sabia quem ele era e ele se apresentou apenas como “pai do André”. Seu filho já havia falecido há alguns anos, porém ele mantinha-se atuante em todas as frentes que seus braços alcançavam, sem deixar de frequentar o CAPS que acompanhou André e visitar os companheiros de cuidado que o filho teve.

Peixoto fazia questão de falar das diferenças que via entre o tratamento do manicômio e do CAPS a partir das diversas internações de André. Reiterava que sempre procurou os *melhores* hospícios para o filho, porém, no desespero de ver seu sofrimento, não tinha consciência de que existiam outras terapêuticas. Peixoto (2016) contava da massificação que o manicômio provocava, onde não existia a individualidade nem a própria pessoa, apenas a doença. Onde todos os pacientes eram tratados da mesma forma, com autoritarismo e rigidez, obrigados a fazer as mesmas atividades, sem preocupação com os interesses pessoais ou com a flexibilização do cotidiano.

⁶ Associação Franco Basaglia é uma associação de familiares e usuários da saúde mental.

Enquanto um é lúgubre, em geral escuro, úmido e malcheiroso, o outro é leve, claro, ventilado e bem cuidado. [...]
Enquanto um segrega e aprisiona por trás de altíssimos muros, o outro, de portas escancaradas, é a continuação da rua e com ela se mistura. Ou será a rua continuação dele? [...]
Enquanto em um existe uma equipe distanciada do paciente, inatingível, “superior”, controlando e disciplinando, no outro existe uma equipe circulando entre todos, interagindo todo o tempo pelos espaços da casa, sem a arrogância e a prepotência do conhecimento científico. Lá, dentro do Hospício, o contato com o mundo exterior é mínimo. Aqui, o contato com o mundo é permanente e direto. O paciente é participante da vida, entrelaçado com os eventos do cotidiano. (PEIXOTO, 2016, p.96)

Sr. Geraldo também ressaltava, sempre que tinha a oportunidade, que percebia o CAPS como o espaço para confraternização, para o lúdico e para a liberdade. É esse então o lugar da loucura na reforma psiquiátrica, onde o usuário é escutado desde o primeiro momento com seriedade e acolhido em sua singularidade.

Assim inicia-se o cuidado em um CAPS. O sujeito em sofrimento, com ou sem acompanhante, vai até o serviço e, enquanto este estiver aberto, terá alguém para acolhê-lo. Anteriormente conhecido como *triagem*, a primeira escuta no CAPS é chamada de acolhimento, visto que se entende que é apenas através de uma escuta qualificada e empática que é possível identificar a demanda para cuidado no serviço. Esse atendimento pode se dar de diversas formas, a depender da organização institucional, porém seu objetivo deve ser “compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham.” (BRASIL, 2004, p.15). O diagnóstico, assim, não deve ser o principal objetivo desse encontro, sendo comum a necessidade de mais atendimentos para compreensão do caso e pactuação das estratégias, seja para o acompanhamento no CAPS ou para o encaminhamento para outro serviço da rede, de menor ou maior complexidade.

É preconizado pelo Ministério da Saúde que a equipe do CAPS seja formada por terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, médicos psiquiatras (e clínicos, no caso dos CAPS ad), farmacêuticos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além da equipe administrativa, de limpeza e de controle de acesso, porém muitos serviços também tem em seu quadro

educadores físicos, oficinairos e acompanhantes comunitários (profissionais de nível médio), musicoterapeutas, técnicos de farmácia, dentre outros. A equipe multiprofissional é a responsável pela organização do cuidado dos usuários atendidos, atuando em reuniões internas e de rede, ações no território, atendimentos individuais, familiares e grupais, dentre outros.

Conhecidos como “os CAPS adultos”, tais serviços tiveram como primeiro desafio atender e objetivar a reabilitação psicossocial do antigo morador do “manicômio”, visando a inserção social desse sujeito, com seus direitos e vínculos afetivos, articulando a saúde psíquica integrada com a coletiva, e em seu próprio território.

O fluxo de atendimento após o acolhimento pode variar, entretanto, deverá ser estruturado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), pactuado entre o usuário, o familiar e a equipe, representada pelo(s) técnico(s) de referência. São estes profissionais, de diferentes formações, que buscam a construção de uma relação horizontalizada e de cogestão com o sujeito em acompanhamento, para que se possa desenvolver vínculo e, apenas através dele, estruturar o PTS, que orientará as estratégias de cuidado a serem traçadas (BEZERRA E AGUIAR, 2019).

O PTS, composto por atividades dentro e fora do CAPS, pode ser então conceituado como um conjunto de ações terapêuticas “definidas a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido” (BOCCARDO *et al*, 2011, p.87). Dentre as diversas definições de PTS pesquisadas por esses autores, tem-se como convergência a produção de autonomia, protagonismo e inclusão social, objetivando o resgate da cidade e a responsabilidade compartilhada entre o tripé do cuidado – usuário, família e equipe.

1.2 Jovens na Saúde Mental

Dentre os diversos temas a serem explorados dentro da luta antimanicomial, destaco a dos jovens-adultos, indivíduos que não passaram pelos manicômios ou hospícios, mas sim vivenciam e reproduzem a lógica social pré-concebida da loucura, que inclui a ideia de periculosidade, incapacidade

para responder por si e da exclusão àquele que difere da ordem social como única forma de cuidado.

Os jovens que apresentam a primeira situação de desorganização psíquica atualmente, após a estruturação da rede substitutiva de atenção psicossocial, são levados aos CAPS sem ter uma experiência prévia de cuidado a não ser a subjetiva construída socialmente – manicômios, loucos, perigosos, camisas de força, superdosagem de medicação e etc., usualmente originando difícil processo de vinculação ao cuidado e com pouca identificação com o serviço. Agregando a essa discussão, nos últimos anos novas abordagens em saúde mental aprofundaram os estudos sobre o olhar despatologizante frente à pessoa em sofrimento psíquico e propuseram estratégias inovadoras para lidar com tal processo, ofertando espaços de diálogos horizontais, em especial, com a juventude. A estratégia do *Open Dialog* foi desenvolvida na Finlândia e envolve práticas que reúnem a rede social/familiar do sujeito em sofrimento psíquico (FLORENCE, 2018); os Ouvidores de Vozes são grupos iniciados no Reino Unido que incentivam a interpretação da experiência de ouvir vozes como uma singularidade da existência, não como um processo patológico (KANTORSKI et al., 2017); e a Gestão Autônoma da Medicação- GAM foi formulada no Canadá e envolve práticas que priorizam o protagonismo de usuários dos serviços de saúde mental através da relação de gestão compartilhada dos processos coletivos de saúde, em especial, do uso da medicação (CARON E FEUERWERKER, 2019).

Através da experiência clínica tornou-se evidente a necessidade de desenvolver estratégias criativas para a juventude do CAPS, visto a falta de identificação que os mesmos geralmente apresentam com o serviço e a flexibilidade que eles exigem do terapeuta⁷. Importante considerar os dados epidemiológicos de que é nesta fase que as principais incidências de primeiros episódios de desorganização psíquica com características psicóticas ocorrem – 15-35 anos, sendo que 50% dos casos ocorrem antes dos 25 anos (SADOCK, 2012, p.152), possivelmente por conta das diversas vulnerabilidades vivenciadas nesta fase da vida. Dias (2015) reforça que o jovem, ao revisitar as angústias

7 Nesse contexto, ‘terapeuta’ foi utilizado como qualquer profissional do CAPS que atue na assistência ao usuário, em especial, a Referência Técnica do caso.

primitivas, vivencia um período de turbulência e *marasmo depressivo*⁸, em que ao mesmo tempo em que busca o isolamento e sente-se inútil, falta consciência dos limites, utilizando-se da prepotência e agressividade para externar a sensação de onipotência. Dessa forma, o cuidado do adolescente e do jovem torna-se desafiador, visto a complexidade em identificar os limites entre a saúde e o adoecimento desse público.

Em países como Inglaterra, Escócia e Austrália, centros comunitários de saúde mental voltados para o público jovem – ou para intervenção precoce – foram criados e pensam no cuidado de forma longitudinal, mantendo a relação terapêutica horizontal e disponível ao sujeito. Foram realizados estudos com jovens que frequentam esses serviços (STEWART, 2012; TINDALL, FRANCEY E HAMILTON, 2015; WATKINS, SANDERSON E RICHARDS, 2018) e identificou-se que as relações humanizadas com os terapeutas e com os pares são fundamentais para o engajamento dos mesmos com o seu próprio cuidado, sugerindo que a recusa ao contato com os serviços de saúde mental está associada à relação terapêutica e a não-confiança do sujeito para com o profissional que o atende, entendendo-o como indisponível e estigmatizante. Tindall, Fracey e Hamilton (2015) ressaltam que, apesar de muitos jovens terem iniciado o cuidado como condição de alta hospitalar, isto é, como uma imposição, quando os encontros com os terapeutas ocorriam de maneira flexível, sentiam-se compreendidos e suas emoções acolhidas, estando à vontade para procurar os profissionais quando não estavam bem. O processo de entender a sua própria psicose e a criação de sentido da sua experiência foi tido como de fundamental importância, sem que o conhecimento seja imposto, mas sim tendo a sua experiência entendida pelo profissional, com o conhecimento construído mutuamente. Além disso, os autores destacam a descoberta quanto aos diferentes processos pelos quais a relação terapêutica se estrutura, sendo inicialmente o de preocupação e proteção para então uma relação de parceria flexível. Próxima ao fim do tratamento, o jovem já está em controle da relação terapêutica e dos seus próprios processos psicóticos, sendo, aos poucos, não mais necessário o papel do profissional.

⁸ A autora traduz o termo *doldrums* de Winnicott para *marasmo depressivo*, visando distanciar-se da etiologia da depressão.

No Brasil, a juventude é fundada na desigualdade (IPEA, 2016). Seja a de renda, a de tempo social, a de acesso à educação e à participação social, a de trabalho, a de alcance das políticas públicas, a de uso das tecnologias de informação e comunicação, e a de práticas culturais; todos correlacionados. As diferenças de cor de pele influenciam as de renda, que se relacionam com o acesso à educação, que interferem no tipo de trabalho ofertado, e assim por diante. Dessa forma, desenvolver políticas públicas para os jovens brasileiros significa olhar para as desigualdades e inseguranças e estruturar formas de diminuí-las. Olhar para a saúde dessa população é entender que estar em sociedade pode ser humilhante e, por consequência, adoecedor, tornando-se de fundamental importância, ao pensar no jovem, pensar na sua saúde mental.

A clínica da saúde mental na saúde pública é distinta daquela da saúde suplementar. Imerso na Clínica Ampliada, o trabalhador do SUS se confronta a tecnologias de cuidado, inovadoras até então, calcadas no pressuposto de que o encontro ocorra com o indivíduo em sofrimento, não com seu diagnóstico (CAMPOS, 2001). Dessa forma, no olhar frente ao sujeito que passa a apresentar prejuízos (sociais, de autocuidado, de autonomia, dentre outros) por conta do sofrimento não cabe o reducionismo ou a patologização. Colocar entre parênteses a doença e trazer o foco para o indivíduo e as diversas interfaces que o cercam significa reconhecer o outro como especialista de si e do seu cuidado.

A partir disso, entendo como necessário dissertar acerca da utilização das relações de cuidado como ferramenta primária na prática da saúde mental (JORGE et al, 2011), visto que só é possível o acolhimento, a escuta e o verdadeiro encontro com o outro enquanto sujeito ao se permitir ser afetado, diferenciando a técnica do cuidado em liberdade daquelas manicomial, em sua essência. O vínculo, segundo Jorge et al (2011, p. 3056), é expresso “pela circulação e por afetos entre as pessoas. [...] É uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental”. Entende-se então o vínculo como um processo necessário para a troca de saberes entre o indivíduo e o terapeuta, espaço este essencial para a construção das estratégias de cuidado e onde é possível suportar os afetos e tensões. Assim, a ênfase é colocada na relação, não no conhecimento do profissional, não sendo necessária nenhuma exigência de formação para isso, apenas “uma autêntica

disponibilidade pessoal para realizar uma aventura de encontro” (PASSOS, 2000, p.170).

Dessa maneira, ao refletir sobre o processo histórico da saúde mental, voltar o olhar para as relações é também um caminho de resistência política, em que o sujeito e seus afetos são entendidos como transformadores. Buscarei então explicar no próximo capítulo as contribuições de D. W. Winnicott sobre esse tema, enfatizando acerca da terapêutica observada com pacientes psicóticos. Importante também ressaltar que o olhar antimanicomial frente ao outro deve priorizar a não patologização, entendendo que o diagnóstico deve servir exclusivamente pro cuidado e nunca para a segregação.

2 AFETO EM WINNICOTT

*Anja de candura
Guardiã da minha cabeça
Cabeça dura
Sua voz para meus ouvidos
uma doçura
Nunca existiu para mim
alienista mais segura*

*Desorientados e desesperados
em seus momentos de agrura
Conduzidos ou não
Vão à sua procura
Tarefa difícil
lidar com tanta amargura*

*Diligente devotamento
de essência muito pura
Posto que para nossos males
não há cura
Quem sabe um insano cientista
na medicina futura?*

*Mas sei que não haverá surpresa
No que minha percepção apura
Acho que você também sofre
De uma doce loucura
(COELI, 2011, 'A alienista', p.37)*

Donald W. Winnicott (1896-1971) foi um psicanalista revolucionário que ganhou notoriedade por falar sobre o desenvolvimento humano e a importância do ambiente, sendo este, nos primeiros meses de vida, a mãe, para quem o autor direcionava grande parte de suas palestras. Médico pediatra, envolveu-se em diversos debates e objeções com a psiquiatria tradicional da época, colocando-se contra a prática de categorizar as enfermidades mentais e sua sintomatologia, ignorando o indivíduo enfermo (DIAS, 1998). Além disso,

Winnicott envolveu-se numa verdadeira campanha contra a prática da lobotomia, enviando cartas às autoridades de saúde, escrevendo artigos em revistas especializadas. Em 1967, ainda envolvido nessa luta, escreve que simplesmente desconsiderará aqueles especialistas que pretendem fornecer tratamento físico para distúrbios psíquicos, uma vez que “não importa o que se saiba ou se descubra sobre a bioquímica ou a neuropatologia ou a farmacologia da esquizofrenia, o certo é que igualmente teremos ali os pacientes, pessoas como nós, em cada caso com uma história sobre o começo do transtorno e uma boa carga de cansaço e sofrimentos pessoais, e com um ambiente que é puro e simplesmente mau ou bom ou então gerador de confusão num grau que pode resultar inclusive desconcertante referir-se a ele” (1967:Exl,234). (DIAS, 1998, p.47)

A partir da sua aproximação com a psicanálise pelos textos de Freud (1856-1939), pelo seu próprio processo analítico e pela sua supervisão com Melanie Klein (1882-1960), Winnicott encontra outro lado da psiquiatria através das contribuições psicanalíticas a ela: a obtenção da história do sujeito, em vez de apenas da doença, e a supressão da nosologia (DIAS, 1998, p.48).

Apesar de ser um grande estudioso de seus precursores psicanalíticos, Winnicott realizou construção teórica distinta, aproximando-se do existencialismo moderno e da fenomenologia de Husserl em relação a prática clínica (SANTOS, 2021). O autor iniciou seu caminho na psicanálise após extensa observação da relação dos bebês com as mães em seu consultório, desenvolvendo a teoria do desenvolvimento emocional primitivo, em que, para ele, “um indivíduo só pode se desenvolver a partir de uma relação humana de acolhimento às suas necessidades; nos tornamos humanos a partir de um outro humano.” (SANTOS, 2021, p.42). Loparic (2006) destaca que Winnicott passou assim a defender que dificuldades no processo de desenvolvimento emocional, tal como a tendência antissocial, os comportamentos delinquentes e esquizofrenias, são decorrentes primordialmente das falhas ambientais durante os estágios de dependência, sugerindo que a psicanálise freudiana tradicional alterasse seu paradigma centrado no Édipo, na sexualidade e nos fatores exclusivamente internos para que ela pudesse dar conta dos fenômenos esquizóides. Desta forma, o filósofo retrata que entende a psicanálise winnicottiana como um paradigma dual e, visto a relevância da teoria do amadurecimento dentro dela, de maturacional.

2.1 O terapeuta

A partir do paradigma dual e, portanto, da compreensão de que o amadurecimento emocional inicia antes do relacionamento a três, Winnicott dá grande importância em sua teoria ao processo terapêutico e o papel do analista frente ao paciente – relação a dois. O autor disserta que existem algumas variedades de psicoterapia, mas em especial três: a da psicose/depressão reativa, da tendência antissocial e da psicose. Na primeira, que inclui os indivíduos que tiveram ambientes suficientemente bons nos primeiros estágios

de vida, o terapeuta irá tratar os impulsos destrutivos relacionados as relações bipessoais e a ambivalência. Nesta psicoterapia, o analista deverá propiciar um ambiente de confiabilidade profissional que, junto com a capacidade que esses sujeitos já possuem de confiar e crer, o inconsciente reprimido do paciente poderá ficar consciente através da transferência, fazendo com que as defesas contra a ansiedade se tornem menos enrijecidas e sob controle do sujeito. Com esses pacientes é possível aplicar o contexto psicanalítico clássico de Freud com análises e interpretações mais complexas (WINNICOTT, 1989).

A segunda variedade Winnicott (1989) denominou como a dos 'intermediários' – que em nada remete a *área intermediária* -, ou seja, ela é constituída por indivíduos que inicialmente vivenciaram um ambiente suficientemente bom, porém, este falhou ou cessou os cuidados adequados, passando a experienciar a privação do que já teve, uma *deprivação* (LOPARIC, 2006). Esses sujeitos apresentam tendências antissociais e até comportamentos de delinquência, sendo muitas vezes tratados com punições e repressões pela sociedade e instituições, entretanto, Winnicott (1984) discorre acerca da importância da construção da relação desses pacientes com o terapeuta. Para isso, o autor destaca que o ambiente deve propiciar confiabilidade, segurança, não ter atitude moralista, não ter expectativa de gratidão do paciente e entender que ele pode vir a se tornar um incomodo nas fases de violência e roubo, sendo esse processo natural como manifestação de esperança. Winnicott (1989) destaca, entretanto, que, na tendência antissocial, a psicoterapia apenas funciona se for iniciada antes dos comportamentos delinquentes com ganhos secundários e punições institucionais, sendo essencial o sujeito entender seu processo enquanto adoecimento e desejar o tratamento.

Na terceira variedade de psicoterapia, o paciente psicótico deve ter vivenciado falhas ambientais nas fases iniciais de dependência, motivo pelo qual também ocorreu falha na estruturação do self e na sua capacidade de se relacionar com objetos do ambiente. Assim, Winnicott (1989) destaca que o processo terapêutico com esses indivíduos deve possibilitar experiências – e acolhimento – parecidos com a infância e a extrema dependência, como pode ser encontrada em amigadas, cuidados de enfermagem em casos de adoecimentos físicos, comunidades culturais ou religiosas e em famílias suficientemente boas. O serviço social, segundo o autor, torna-se

psicoterapêutico ao conseguir fornecer as condições necessárias para o paciente quando o seu ambiente – família e centros culturais – se mostraram ineficientes. Assim, Winnicott reforça que o cuidado psicoterapêutico para os sujeitos psicóticos necessariamente envolve o *segurar* materno, sendo este o concreto, o delicado, de manejo físico e adaptado, assim como uma mãe faz com seu bebê até que a criança sinta a necessidade de se libertar com a introdução do princípio da realidade, que inevitavelmente colide com o princípio do prazer (onipotência suprimida) (p.99/100). A partir dos manejos maternos adaptados às necessidades de seu bebê, o amadurecimento emocional é vivenciado.

Pode-se descrever a assistência social como o aspecto profissional dessa função normal dos pais e de unidades sociais locais, um “segurar” de pessoas e situações, enquanto se dá oportunidade às tendências de crescimento [...]. Essas tendências têm sido descritas em termos de integração, de a psique se entender com o corpo, de um ficar vinculado ao outro, e do desenvolvimento da capacidade de estabelecer relações objetais. Tais processos seguem seu curso, a não ser que sejam bloqueados por falhas no “segurar” e no atender os impulsos criativos do indivíduo. (WINNICOTT, 1989, p.100)

O autor reforça que entende que a tendência ao amadurecimento está presente em todos os seres humanos. Para que ela seja possível de ser retomada em sua plenitude, os profissionais responsáveis pelo cuidado de sujeitos com adoecimentos psicóticos em muitas ocasiões devem conseguir *segurar* o paciente nos momentos em que seu ambiente não consegue. Winnicott (1989) cita John Rickman ao dizer que “Insanidade é não ser capaz de encontrar alguém que te agüente” (p.102) e salienta que, para pensar no processo de adoecimento e nas intervenções necessárias, deve se considerar “o grau de doença do paciente e a capacidade do ambiente de tolerar os sintomas” (p.102), isto é, apenas a categorização sintomática não seria capaz de prever o tratamento e prognóstico de um indivíduo. Assim, a relação desses pacientes com o terapeuta apresenta importância fundamental para a continuidade da tendência ao amadurecimento. O *segurar*, apesar de se assemelhar aos cuidados familiares ou de amigos, possui características próprias na psicoterapia, como os horários pré-agendados, os valores monetários e o tempo limitado – já que o objetivo do tratamento psicoterápico é que ele não seja mais necessário eventualmente, mesmo que todas essas

particularidades se apresentem com maior flexibilidade. Entretanto, o terapeuta deve manter-se atento a adaptar-se as necessidades do paciente e não colocar nele as frustrações da sua vida privada, em especial com os sujeitos mais comprometidos, que necessitam do contato humano, sentimentos reais e integridade profissional para que consigam confiar.

Todos os que já trataram de crianças psicóticas desse tipo sabem o quão louco é preciso estar para viver ali [mundo interno da criança], e no entanto é necessário estar ali, e permanecer ali por longos períodos a fim de alcançar algum resultado terapêutico. (WINNICOTT, 1958, p.314)

Winnicott (1958) destaca a importância de o terapeuta adaptar-se ativamente as necessidades do paciente psicótico, construindo e respeitando o seu tempo (p.310). Assim, a busca pela dependência do paciente no processo terapêutico é essencial para que ele permita a entrada no mundo interno, originando no terapeuta o correspondente a isso: a confiabilidade profissional (1989, p.95).

Além disso, o autor mostrou-se um importante crítico àqueles que estigmatizam e segregam os pacientes psicóticos:

Quando observamos a doença desse modo, estamos apenas vendo de maneira exagerada elementos que existem em qualquer um de nós; não vemos nada que pudesse colocar as pessoas psiquiatricamente doentes num mundo à parte. Daí a tensão inerente ao tratamento ou cuidado de pessoas psicologicamente enfermas mais do que em tratamentos através de drogas e nos assim chamados tratamentos físicos. (WINNICOTT, 1989, p.97/98)

Ao compreender a psicose, assim como qualquer distúrbio psicológico, como um sinal de imaturidade emocional, o autor reitera que o objetivo da terapia deve ser retirar o obstáculo para que o desenvolvimento emocional tenha novamente o seu lugar, fazendo com que o indivíduo também possa ter a capacidade de se relacionar com pessoas e com o ambiente (WINNICOTT, 1989, p.95). Desta forma, a segregação e tratamentos exclusivamente através de drogas e/o intervenções físicas não faria sentido algum.

3 MÉTODO

*“Quero contar estrelas
perdendo a conta de vez em quando
E não lembrar
que também perdi a conta dos desenganos*

*Triste de quem como eu
já viveu todos os seus dias
Felicidade é ter o amanhã para viver*

*Amei amores impossíveis
e ainda os amo
Se eu pudesse voar ao menos
Talvez também pudesse*

*me afastar dos sentimentos pequenos
Do animal que sou
e que incomoda
Patético incorrigível em meio a toda roda
Deslocado em mim mesmo
pauro um olhar à esmo
e em nada vejo significado
Com licença, preciso contar estrelas...”
(COELI, 2011, ‘Contador do infinito’, p. 103).*

O presente trabalho teve como parâmetros teórico-metodológicos a pesquisa-investigação em Psicanálise, como estratégia de imersão para responder o objetivo delineado. Tal metodologia pressupõe o estudo de determinado campo de conhecimento, selecionando o problema teórico-metodológico e investigando-o de forma rigorosamente planejada através da Psicanálise (NAFFAH NETO e CINTRA, 2012). A partir desses parâmetros, tendo como análise um caso clínico, pretendo aprofundar o tema da relação entre terapeuta e jovens de periferia em um CAPS de uma cidade na região metropolitana de São Paulo, usuários de um serviço público de saúde mental.

NAFFAH NETTO; CINTRA (2012), ao retratarem a conjuntura política do poema Áporo de Drummond, trazem que, apesar da apresentação do contexto histórico não explicar a aridez do poeta, não é possível também esta ser explicada fora desse contexto. Os autores relatam que não seria possível separar a dimensão dentro (poeta) e fora (contexto sócio-político), pois “elas se refletem, negam-se e se constituem mutuamente em uma dialética interminável” (p.7).

A postura preconizada por NAFFAH NETO e CINTRA será retomada na análise do caso escolhido, de modo a articular o contexto social e histórico das

políticas para os CAPS e a luta antimanicomial, às situações concretas referentes ao caso clínico delineado. A análise terá os referenciais conceituais de Winnicott, referentes às vivências acerca do processo de afeto do jovem com os agentes terapêuticos do CAPS.

Com o objetivo de entender como se desenvolve a relação entre o terapeuta e o jovem inserido no CAPS, proponho-me a investigar no presente trabalho como se dá a clínica antimanicomial a esse sujeito, compreendendo como ocorre e a que se serve as relações de afeto do jovem e do terapeuta em um CAPS. Para tal, será utilizado o paradigma da psicanálise winnicottiana, visto o amplo trabalho do autor na teoria das psicoses, assim como na sua despatologização. D. W. Winnicott travou, por muitos anos, discussões com o campo da medicina – psiquiatria e pediatria, discordando das concepções de saúde e doença e da dicotomia corpo/mente, envolvendo-se inclusive em companhas contra a prática da lobotomia (DIAS, 1998).

Além disso, Winnicott destaca em sua obra a importância do ambiente para o desenvolvimento saudável do bebê. Cesarino (2008) afirma que, com isso, o autor problematiza a ideia da psicose como doença individual, enxergando-a como resultado de uma doença ambiental, contra a qual o indivíduo teve que reagir. Esse conceito relaciona-se diretamente ao praticado na atenção psicossocial, que, ao entender o processo de adoecimento através da imersão em seu contexto (familiar, territorial e social), busca encontrar a relação entre a análise individual e a social do sujeito.

O caso clínico

O caso em foco teve como fontes para sua construção: os prontuários do CAPS e meus próprios diários de campo. Uma primeira fase, portanto, foi constituída de uma pesquisa de campo documental, a fim de que eu pudesse analisar e me aprofundar nos registros para (re)conhecer os casos atendidos por mim de jovens psicóticos e poder organizar as informações sobre como ocorreu a relação terapêutica.

A partir dessa primeira fase, foram delimitados três possíveis casos para aprofundamento, sendo aqui apresentado apenas um deles, por representar a construção da relação terapêutica com um jovem e sua família que nunca haviam

passado por um serviço de saúde mental até então, sendo assim constituída sem experiência prévia por parte deles.

O caso a ser apresentado no capítulo seguinte mantém todos os requisitos éticos previstos na Resolução CNS/MS 466/2012, complementada pela Resolução CNS/MS 510/2016, preservando-se a não identificação do sujeito, alterando-se ou omitindo-se algumas informações que pudessem ferir a confidencialidade dos dados e identificar a Instituição. Ressalto que o projeto teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, CAAE 31893120.8.0000.5482, bem como do Comitê de Ética do município em questão. Reafirmo que o caso foi suficientemente modificado para controlar um possível reconhecimento, e que não houve necessidade de assinatura individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dado não ser caso em andamento, além do fato de a pesquisa ter autorização institucional. Foram mantidas, contudo, características pontuais das relações e dados genéricos quanto ao processo de desorganização do sujeito.

Após a fase de organização das informações do prontuário, passei a organizar as informações de meu próprio “diário de campo”, ou seja, anotações que destacara durante o processo terapêutico, eventos de possível relevância para aprofundar o objetivo da pesquisa: as relações de afeto no processo terapêutico no atendimento a jovens de periferia em um serviço público de saúde mental; um CAPS.

4 O CASO CLÍNICO – ANÁLISE E DISCUSSÃO

*Acabo de morrer novamente
e sinto-me bem
Aliás, não morria assim nesta vida
desde a morte de minha adolescência
Como primeira providência
cuidei do enterro do finado eu sem honrarias
Sepultando-o em local onde jamais passarei novamente
E já ando bem distante deste indigente
Que jamais receberá flores em seu túmulo.
(COELI, 2011, 'Obituário', p.80)*

Apresentarei, primeiramente, algumas informações a partir do prontuário de Caio, a fim de contemplar o contexto necessário conforme preconizado por NAFFAH NETO; CINTRA (2012) para pesquisa-investigação em Psicanálise. Destaco que o “Caio” é um nome fictício, obedecendo os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos. Considerando que a maior parte das informações são provenientes de prontuários ou de meus registros pessoais, bem como das limitações impostas pelos preceitos éticos, alguns dados não poderão ser detalhados. Os registros não foram realizados para a pesquisa, mas sim, para acompanhamento do processo terapêutico realizado por mim à época.

Apresentação do Contexto

Caio chegou ao Caps com 19 anos recém completados trazido pela prima. Ele havia ido primeiro ao hospital e, após consulta médica, foi orientado a passar pelo acolhimento do Caps. Eu estava no meu horário de plantão, isto é, estava atendendo os novos casos que chegavam e, como rotina, realizamos o atendimento em dupla – eu e a técnica de farmácia.

Caio nunca havia feito nenhum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, muito menos passado por internação. Morador da periferia, terminou o ensino médio e estava trabalhando há quase um ano na produção de uma grande empresa de móveis no plantão noturno. Era o filho do meio de uma prole de cinco e morava com a irmã e irmão mais novos junto aos pais. O irmão mais velho era casado e há pouco tempo havia voltado a morar com eles, porém em casa separada no mesmo terreno, motivo este de diversas agressões físicas e verbais recentes entre a mãe e a nora. Havia alguns meses, Caio estava

sofrendo de dores na barriga, mas alguns dias antes as dores passaram a ficar *mais estranhas*, o que fez com que tivesse buscado algumas vezes hospitais e pronto-atendimentos. Seu gerente no trabalho também entendia que ele não estava bem e havia o mandado de volta para casa naquele dia.

Caio contou que sentia uma dor no braço esquerdo diferente. Relacionava a ter ido ao velório de um vizinho – um jovem, que havia sido assassinado – no mês anterior. Desde então, achava que podia ter pego alguma bactéria, o que ele entendia se confirmar já que, quando transpirava, percebia que a sujeira estava saindo dele. Mencionou rapidamente que era como se aquele braço não fosse mais seu, mas sim do menino que faleceu, entretanto preferiu não dar detalhes de como isso se daria, reiterando as dores que sentia. Ao final do atendimento, pedimos que sua prima entrasse. Esta conta que os pais de Caio eram pessoas difíceis e que sentia que eles não estavam dando importância para o que ele vinha falando nos últimos dias, apesar de ela mesma também não entender o quão forte eram essas dores. Conta que os pais dele costumavam brigar com os vizinhos, por vezes chegando a agressões físicas, situações essas que os filhos sempre presenciaram. Após a fala da prima, Caio se emociona, começa a chorar e diz que “tudo que queria era ter carinho”.

Como de costume, solicitamos que ambos esperassem na recepção para que pudéssemos discutir as primeiras impressões do caso e propor os próximos passos do seu acompanhamento. Minha colega do atendimento era bastante experiente. Já trabalhava na saúde mental há dez anos e com importante sensibilidade aos casos. Ela avaliava, inicialmente, que ele estava ali buscando um atestado e que não tinha indicação de seguir atendimento num serviço de alta complexidade como o nosso. Eu ainda estava confusa. Não tinha certeza se ele deveria seguir o acompanhamento conosco ou não, mas me perguntei se esse jovem estaria passando por alguma fragmentação entre a psique e o soma. O corpo aos poucos não faria mais parte dele. Seria esse o caso? Eu havia finalizado a especialização no início daquele ano e ainda não havia atendido nenhum jovem com possíveis sintomas psicóticos que não tivesse passado por uma internação ou já estivesse em uso de medicação. Decidimos então que não fazia sentido tomar qualquer conduta definitiva naquele momento. Agendamos novo atendimento para dois dias depois para seguir com o acolhimento, ainda

sem abrir o prontuário; porém entreguei um comprovante de horas para que ficasse afastado do trabalho até o retorno conosco.

No dia do seu retorno, no entanto, recebemos ligação da prima. Caio estava pior, “falando coisa com coisa” (sic) e se recusava a ir ao Caps. Após discussão em equipe, decidimos fazer uma visita domiciliar naquele momento. Encontramos Caio em casa, sentado na cozinha. Conhecemos então sua mãe, que lá estava com a tia e primos. Ela se mostrava bastante agitada, falando bastante e rapidamente durante grande parte da visita. Caio apresentava o discurso mais confuso e enigmático. Ainda não confiava em nós e ele mesmo aparentava estar tentando entender o que estava acontecendo. A mãe nos contou que, mais cedo, Caio havia deitado no chão, com muito suor, e que seu “coração havia parado”, entretanto, ela e o pai dele fizeram uma oração muito forte e ele *voltou a vida*. A prima contou que ele estava dizendo que ia morrer e havia feito uma carta de despedida, o que Caio confirmou, porém, não conseguia detalhar, dizendo de forma evasiva e enigmática que “tudo iria acontecer no tempo certo”. Disse que havia sentido o cheiro do rapaz que havia falecido e percebera que aquele era o cheiro da morte, com isso, precisava ir a alguns lugares para saber se era a hora certa. Preocupamo-nos com algum risco que ele se colocasse na rua e de uma possível tentativa de suicídio. Propusemos então que ele fosse conosco até o Caps e, se quisesse, poderia passar a noite lá para que pudéssemos ajudá-lo, mas ele se negou, dizendo apenas que lá não era o lugar para ele. Combinamos que ele fosse para atendimento conosco no Caps no dia seguinte, ao que ele aceita, referindo que tentaria ir, mas que tinha *muitos* compromissos, então não garantiria. Reforçamos que, caso não fosse, faríamos nova visita domiciliar, o que ele concordou.

No dia seguinte, Caio não foi ao Caps, então, como combinado, fomos até sua casa novamente. Era a terceira vez que nos víamos na semana, a primeira do seu acompanhamento. Ele lá estava junto com sua mãe e irmão mais novo. Durante a visita, o pai chegou, porém preferiu não ficar na sala conosco, apesar da nossa insistência. Caio se mostrava menos ansioso do que no dia anterior, apesar de ainda se mostrar desconfiado com a nossa presença. Contou que seu sonho era entrar no exército, mas que foi dispensado no início do ano, algo que o deixou muito chateado, pois havia estudado e se dedicado a permanecer. No mesmo período, sofreu uma queda de uma bicicleta e bateu a cabeça, tendo que

ir sozinho ao hospital; disse que sentiu falta de não ter sua família acompanhando-o e referiu que apenas se sentiu amado e acolhido em uma viagem que realizou para o Norte, onde moram familiares mais distantes. Contou que tem sentido necessidade de falar e estar próximo de seus pais e que gostaria de explicar para eles o que vinha acontecendo consigo. Apesar de desconfiado, aparentava estar começando a ficar disponível para o vínculo conosco. Combinamos que o atendimento seguinte seria no Caps depois de cinco dias, por conta do final de semana, o que ele prontamente concordou.

Os dois atendimentos seguintes se deram no serviço. Caio seguia com a fala organizada, apesar de, por vezes, ter dificuldade para se expressar, aparentando querer compreender o que estava acontecendo consigo; repetidamente dizia “provavelmente sim” ou “provavelmente não” às nossas perguntas. Disse que era o dono do mundo e que estava percebendo que podia controlar algumas máquinas, porém voltou atrás e concluiu que esses eram assuntos que não podia falar com todo mundo. Seguia tentando conversar com os pais e, para isso, começou a frequentar à igreja com eles. No segundo encontro, combinamos que ele tentaria retornar ao trabalho naquela noite e que iria ao Caps no dia seguinte para novo atendimento ao final do dia, junto com sua mãe. Lembro que Caio ainda aparentava estar tentando entender o que estava acontecendo com ele, com certa desconfiança, porém percebendo que as conversas o ajudavam a esclarecer alguns pontos de construção delirante que fazia e cada vez mais disponível ao vínculo.

No dia seguinte, no horário combinado, Caio e a mãe não compareceram. No início da noite, sua mãe chegou ao Caps exausta e foi atendida pelo plantão noturno. Contou que havia ido a pé de sua casa até o serviço, pois seu filho havia saído de manhã e ainda não havia voltado, não tendo então recursos para a passagem do ônibus. Ela relatou que ele estava com esse comportamento nos últimos dias, saindo durante o dia todo sem informar para onde ia. Na última noite, ele tentou ir trabalhar, como havíamos combinado, porém havia retornado antes do fim do expediente, relatando apenas que “as máquinas não haviam funcionado”. Foi combinado de que ela retornaria para casa e avisaria quando Caio chegasse. Ao final da noite, no entanto, Caio chegou sozinho no Caps. A equipe descreveu que ele se encontrava bastante desconfiado, solicitante por mim, porém aceitou a abordagem do enfermeiro, após ele informar que

trabalhava comigo. Foi ofertada comida, o que ele aceitou com certa resistência – ele estava com muita fome e não se lembrava do último horário que havia comido. Contou que estava lá pois não queria romper o combinado que fez comigo, porém havia ido ao centro da cidade e “perdeu a hora”. Sem detalhar, disse que havia ido procurar seu sócio. Como ele não aceitou dormir no serviço até a minha chegada, a equipe então combinou que ele viria no início do dia seguinte para falar comigo, o que ele cumpriu.

Ao chegar, logo no início do atendimento, ele disse que havia *entendido tudo* e que *precisava* me contar. As coisas começavam a fazer sentido para ele e seu pensamento foi se estruturando com maior clareza a partir dos atendimentos, passando a ter comportamentos e decisões fundamentadas nos delírios organizados em conjunto, não mais desorganizados e sem sentido para Caio. Ele contou que após o último atendimento havia ido ao trabalho, porém, logo ao chegar, quando foi assinar o ponto de entrada, *percebeu* que ele era o dono da empresa. Ficou por algumas horas no trabalho observando seus funcionários e não aceitou nenhuma pontuação do encarregado. Decidiu ir embora, pois percebeu que ele estava fazendo com que as máquinas parassem de funcionar. Chegou muitas horas depois em casa, mas não soube dizer por onde havia passado e porque havia demorado. Logo ao chegar, Caio contou que tentou conversar com os pais e contar tudo que havia lhe acontecido, mas ninguém o compreendeu, decidindo novamente sair de casa e ir ao da cidade. Lá, descobriu também que era o dono da tecnologia *wifi* e conversou com diversas pessoas, motivo pelo qual perdeu noção da hora e atrasou-se para o atendimento do dia anterior. Perguntei sobre esse novo momento de descobertas e o que esperava que fosse diferente, ao que ele inicialmente referiu apenas coisas materiais (ter moto, carro, casa...), mas, ao entrar no assunto da família disse, com bastante seriedade, não se lembrar de algum dia ter sido abraçado pelo pai ou ter recebido qualquer palavra de afeto e desejar que isso também mudasse, entretanto não achava que algum dia seria possível. Caio também falou sobre não ser mais ele. Ele havia percebido que ele, Caio B., havia morrido, e agora ele era literalmente o Caio R., um Caio que tinha tudo, enquanto o antigo não tinha nada. Comparava os dois Caio's com “o bem e o mal”, “o peixe e a espada”. Por vezes, em seu discurso, entendia que ambos coexistiam, em outras vezes, dizia que isso não era possível; apenas um vivia, o Caio R.

As horas passaram a ter duração diferente para Caio. Corriqueiramente, ele passou a se atrasar muito para os atendimentos, ou a chegar muito antes. Passava o dia andando pela rua, sem perceber que tanto tempo havia passado. Sua identidade, seu eu, estava sendo questionado junto com os minutos.

Não foi possível recolher com a família detalhes sobre a primeira infância de Caio para além do seu desenvolvimento, entretanto, ele próprio trazia aos atendimentos uma cena que, próximo aos 5 anos, teve que separar uma briga física da mãe com a vizinha. Caio tinha certeza que a mãe ia morrer naquela briga e, para salvá-la, pegou um pedaço de madeira e bateu na cabeça da vizinha, que sangrou bastante e parou de agredir sua mãe.

Caio não aceitava passar em médico para tentar o afastamento do trabalho, pois ele era o dono da empresa, muito menos iniciar o uso de medicação. Os atendimentos se mantiveram intensivos. Caio conseguira encontrar um espaço em que era compreendido e conseguia refletir sobre as relações familiares; entretanto, seus delírios mantinham-se intensos, já que passou a sentir-se dono, também, de uma grande rede de bancos, além de ter dúvidas em relação à própria identidade. Caio contava da sua relação com o pai pouco afetuosa e o trabalho que realizava com ele como autônomo. Eles trabalhavam juntos até o momento em que recebeu a ligação que havia passado no processo seletivo da empresa atual.

Cerca de duas semanas depois, Caio e sua mãe contaram que no dia anterior ele havia ido a uma agência de carros de luxo e tentou retirar diversos carros, pois entendia que já era dono de todos visto que o dinheiro do banco era seu. Chegou à loja sozinho e anunciou a todos que levaria os seus carros. A polícia foi acionada e, após agredi-lo, levaram-no para a delegacia e chamaram sua mãe ao perceberem que ele não estava bem. No mesmo dia, voltou à loja e tentou retirar novamente os carros, ameaçando os funcionários; foi levado novamente para a delegacia. Conseguimos combinar com Caio que, caso ele quisesse retirar qualquer coisa que ele entendesse que fosse sua, mas que não estivesse em sua casa, ele iria ao Caps chamar por nós antes, o que ele conseguiu manter, sem repetir as situações anteriores. Argumentamos que a estratégia de ir retirar sozinho esses bens não estava dando certo, então seria importante nos chamar para que pudéssemos pensar em estratégias com ele. Continuávamos insistindo na necessidade de iniciar com medicação e a

presença do pai nos atendimentos, porém nenhuma das possibilidades foi aceita.

Assim o cuidado de Caio seguiu intensivo, por vezes com atendimentos no Caps, por vezes com visitas domiciliares. Caio tornou-se mais paranoico com a família, acusando-os de o ter matado e quebrando alguns objetos de casa ao procurar por suposta arma que entendia que os familiares haviam comprado, e destruir o celular, pois entendia que estava sendo rastreado. A família se mostrou cada vez mais angustiada, sem compreender Caio. Após os momentos de discussão com os familiares que, costumeiramente, resultava em violência física, Caio ficava sem se alimentar. Certo dia, fomos convocados pelos pais a realizar visita domiciliar visto a recusa do filho em comer. Ao chegarmos, enquanto a família discutia entre si, aumentando a tensão e persecutoriedade de Caio, pedi à mãe dele algo para comer, enquanto minha colega tentar mediar o conflito; ao me ver comendo, Caio instantaneamente se aproximou e aceitou se alimentar da mesma comida que eu comia. Posteriormente contou que sabia que podia confiar em mim e que sentia que eu estava me certificando que a comida não estava envenenada. Longe dele, em conversas corriqueiras, eu e minha colega de atendimento brincávamos que havíamos nos tornado seus pais e que iríamos dar o afeto que ele não recebera, eu sendo a mãe, por acolhe-lo e constantemente buscar compreendê-lo, e ela sendo o pai, já que ofertava mais limites e trazia mais contato com a realidade. Caio também se mostrava persecutório com os outros funcionários do Caps, não se dispondo a ser atendido por outras pessoas quando não estávamos.

Alguns dias depois, fomos convocados novamente pela família a ir à casa. Caio havia ficado agressivo e a polícia estava a caminho. Ao chegarmos, Caio estava com a mão ensanguentada. Após se assustar e achar que o pai faria algo contra ele, havia quebrado uma janela de vidro com um soco. Com o auxílio da polícia, aceitou ir ao Caps, onde passou o dia ansioso, agitado e persecutório junto com seus pais, que insistimos para permanecerem com ele. Coincidentemente, neste mesmo dia um outro usuário do Caps também estava mais agitado e tentou agredir Caio durante a convivência. Eu estava ao seu lado e, instintivamente, entrei na frente. Esta cena foi lembrada durante muito tempo por ele.

Neste dia, após diversas tentativas de acordo, Caio precisou ser contido e medicado. O médico que estava no Caps não era uma pessoa muito acolhedora e, quando Caio aceitou conversar, não se sentiu escutado pelo médico. Caio exclamou “a Aline me disse que você iria me escutar, está insistindo faz tempo para que eu passasse no médico, e você só quer escutar meus pais?” Na hora da contenção, o pai e a minha colega ficaram ao lado da equipe de enfermagem e auxiliaram fisicamente a contê-lo, enquanto eu fiquei com a mãe dele em um quarto separado, visto que ela estava muito angustiada e não conseguiria ficar na cena. Mãe e pai estavam muito preocupados e ainda tentavam compreender o que acontecia com o filho, porém confiavam muito em nós duas. Neste dia, no momento em que o médico deu certa conduta mesmo sem a minha presença e da colega, os pais recusaram-se a aceitar sem falar conosco primeiro, assinando no prontuário que nos aguardariam. Caio passou a noite no Caps, com sua mãe, e no dia seguinte foi para casa.

Poucos dias depois, teve sua primeira internação em hospital geral, levado por nós. Apesar de ter apresentado certa melhora inicialmente, rapidamente Caio voltou a colocar-se em risco e, agora, de forma mais intensa, chegando a dormir na calçada da sua casa e a ficar por horas em cima da laje, referindo que iria se jogar para provar que não morreria. Junto com a equipe de enfermagem do Caps, a polícia militar e o SAMU, fomos a sua casa e o levamos a sua primeira internação. No momento em que foi contido, Caio estava bastante agitado, tentando se desvencilhar, e ofendeu todos os profissionais que estavam próximos, menos a mim, a quem ele pedia que o ajudasse e que não deixasse que lhe fizessem mal.

O pai já estava mais próximo dos atendimentos. Ele estava disponível para conversar e confiava bastante no cuidado que estava sendo feito: era um sujeito do interior de um estado do Norte, com poucos recursos, tendo que aprender logo cedo a trabalhar para sobreviver. Seu olhar frente à vida e aos desafios era feito de modo objetivo, com pouco espaço para reflexões e mais disponibilidade para as ações. A mãe era mais impulsiva: oriunda da mesma cidade do esposo, costumeiramente brigava com os vizinhos e a nora, chegando a agressões físicas com frequência. Em diversas ocasiões, trazia pensamentos mais paranoicos e obsessivos frente aos outros. Entender o processo de adoecimento do filho demorou alguns meses para ambos.

Durante a internação, visitávamos Caio semanalmente, por vezes junto com a família, buscando ofertar espaços de afeto familiar. Levávamos violão e jogos de tabuleiro. Em uma das visitas, jogamos “Jogo Imobiliário” com Caio, que, após horas de partida, perdeu todo seu dinheiro e imóveis. Aquele sujeito, onipotente e dono de Banco, perdera tudo no jogo. Com surpresa, Caio exclamou que “não dá pra ganhar todas”, concluindo “já tenho meu helicóptero me esperando lá fora”. A internação durou cerca de três meses, visto a demora para resposta às intervenções psicofarmacológicas. Quando Caio saiu, mantivemos visitas domiciliares e os atendimentos individuais e familiares. Nossas visitas eram motivo de organização da família, que se preparava com café e suco, o irmão mais novo fazia algum bolo ou torta e Caio buscava o pão. Sentávamos todos à mesa, falávamos sobre as relações e, constantemente, sobre as discussões que a mãe havia tido na semana. Caio decidiu voltar a trabalhar autônomo ao lado do pai. Apesar de ainda ter desejo de voltar a trabalhar no mercado formal, estar diariamente na presença do pai fazia mais sentido para ele e para o próprio pai. Caio retomou as amizades perdidas durante a crise, namorou, e comprou novo celular. Ele teve nova crise dois anos depois devido à retirada de medicação e à interrupção inesperada dos atendimentos individuais, quebrando novamente seu celular, mas conseguiu comprar outro depois e seguiu bem tendo alta do Caps para o atendimento ambulatorial.

Reflexões em meu Diário de Campo, de atendimentos no Caps:

Caio precisou revisitar a ilusão da onipotência, frustrando-se em muitos momentos, porém podendo vivenciá-lo nos atendimentos, em que nós nos colocamos disponíveis para tal. Com uma dupla de terapeutas que alternava entre acolhimento e apresentação da realidade, juntamente com o uso da medicação, pôde ser possível para Caio suportar sua realidade e até aceita-la, após entender e vivenciar seus delírios. Com a construção de confiança em mim e em minha colega, foi possível começar a brincar. Aos poucos, foi também possível lidar com a ambivalência e reconhecer seus pais como reais, em que seu pai não era só ruim. Ser o Caio B. não era exclusivamente mal, enquanto o Caio R. era exclusivamente bom. Apesar de entender que tudo que viveu e sentiu foi real – e foi vivido como tal –, ao final do processo terapêutico foi possível ser o Caio B. um jovem, trabalhador de mesmo ofício de seu pai, que tem amigos e

namora, mesmo com a certeza de que um dia foi dono do Shopping do município, de um Banco, da sua antiga empresa e mais.

Encontros e Análise

Caio iniciou o acompanhamento no Caps com pouca disponibilidade para o vínculo terapêutico. Além do quadro paranoide, trazia consigo os pré-conceitos sociais da loucura, negando o acompanhamento para cuidado de sua saúde mental.

“Caio estava pior, “falando coisa com coisa” (sic) e se recusava a ir ao Caps [...]. Caio apresentava o discurso mais confuso e enigmático. Ainda não confiava em nós e ele mesmo aparentava estar tentando entender o que estava acontecendo.”

Caio não conseguia confiar em nós. Ele não conseguia entender o que lhe acontecia e esperava que pudesse ser acolhido pelos pais em seu sofrimento, o que não aconteceu assim como em outros momentos em sua vida, como ele mesmo contou, possivelmente originando uma maior rapidez na agudização de seu quadro. Segundo Winnicott (1958 (2000)), quando o ambiente invade o tempo e espaço do bebê, não o permitindo vivenciar a ilusão da onipotência, ele o leva a reagir, impedindo o movimento natural e espontâneo de descoberta do outro pela criança. Assim ocorre a falha da adaptação suficientemente boa do ambiente, o que origina as distorções psicóticas do conjunto ambiente-indivíduo, onde as relações verdadeiras provocam a sensação de perda de si. Segundo o autor, “a terapia adequada a esse tipo de distúrbio deve proporcionar uma adaptação ativa à necessidade e construir um respeito pela noção de processo.” (p.310-311).

Aos poucos, em seu tempo, Caio pôde encontrar um espaço em que pudesse falar sobre sua vivência e ser acolhido e aceito: o espaço terapêutico, o lugar onde poderia experienciar aquilo que não o fora. Assim, como concebe Januário (2012), a noção de experiência passa a ter fundamental importância no processo terapêutico, formando, junto com a transferência, contratransferência e espaço potencial, a *relação analítica*. Nessa perspectiva, a autora pontua que o terapeuta “não é apenas representação do passado, mas também do futuro. É

a esperança do paciente de um encontro, de um vir e da realização de si mesmo.” (p.95). Caio passou a não faltar mais aos atendimentos, apesar da dificuldade de acertar o horário, chegando muito antes ou muito depois. Começou a sentir-se compreendido nesse espaço e a também falar sobre as relações familiares, mesmo que com conteúdo delirante. Nesse primeiro momento, trazia o desejo de poder dividir com a família *as novas descobertas* e juntos, *aproveitarem* os benefícios do *novo* Caio. Por não conseguir fazer isso sozinho, ele passou a levar a mãe e o irmão mais novo aos atendimentos mesmo que, por vezes, pedisse para que aguardassem na recepção, verbalizando que, em casa, as relações eram mais violentas e queria que, através de nós terapeutas, eles o compreendessem.

“Certo dia, Caio e sua mãe contaram que no dia anterior ele havia ido a uma agência de carros de luxo e tentara retirar diversos carros, pois já era o dono deles, visto que o dinheiro do Banco era seu. Chegou à loja sozinho e anunciou a todos que levaria os seus carros. A polícia foi acionada e, após agredi-lo, levaram-no para a delegacia e chamaram sua mãe ao perceberem que ele não estava bem. No mesmo dia, voltou à loja e tentou retirar novamente os carros, ameaçando os funcionários; foi levado novamente à delegacia. Conseguimos combinar com Caio que, caso ele quisesse retirar qualquer coisa que ele entendesse fosse sua, mas que não estivesse em sua casa, ele iria ao Caps chamar por nós antes, o que ele conseguiu manter, sem repetir as situações anteriores.”

A relação terapêutica com Caio tornou possível o contato, mesmo que pontual, com os limites da realidade. Januário (2012) ressalta que o campo analítico é um espaço onde novas experiências podem ocorrer e serem elaboradas, possibilitando construções psíquicas a partir das descobertas. Assim, a autora traça um paralelo entre a relação analítica e o espaço potencial a partir do lugar do analista, entendendo que a área intermediária consegue inter-relacionar a realidade interna e a vida externa, possibilitando o acolhimento e proporcionando novas experiências. Através da relação de confiança gerada nesse espaço, Caio conseguiu também entrar em contato com a realidade, elaborando estratégias para lidar com ela e com sua própria verdade. Por vezes, Caio telefonava e dizia que precisava conversar, pois havia realizado novas descobertas, confiando no espaço como possibilidade de reafirmação externa

da realidade criada. Assim, o ritmo dos atendimentos era ditado por ele, junto com a avaliação clínica da sua necessidade, dando-lhe *liberdade* de ir e vir.

Winnicott (1958 (2000)) explanou acerca dos atendimentos com crianças psicóticas e a permanência destas em seu próprio mundo interno, mantendo-se distante das perseguições externas através da fuga à integração. O autor discorre sobre a necessidade do terapeuta se permitir adentrar o mundo interno em que elas vivem quando comparado com as crianças saudáveis e, dessa maneira, estar sujeito ao seu controle onipotente: “[...] as diferenças estão em que aqui não há nem começo nem fim para a brincadeira, há um grau muito maior de controle onipotente, os materiais utilizados não são organizados em algum padrão definido.”(p.314-315).

A partir do momento que Caio pôde permitir a nossa entrada em seu mundo, apesar de permanecer em estado paranoico, ele não se encontrava mais só, e a realidade externa não era *totalmente* ameaçadora.

“Após os momentos de discussão entre a família, que costumeiramente resultava em violência física, Caio ficava sem se alimentar. Certo dia, fomos convocados pelos pais a realizar visita domiciliar visto a recusa do filho em comer. Ao chegarmos, enquanto a família discutia entre si sobre o assunto, aumentando a tensão e persecutoriedade de Caio, pedi à mãe algo para comer, enquanto minha colega mediava o conflito; ao me ver comendo, Caio instantaneamente se aproximou e aceitou se alimentar da mesma comida que eu comia. Posteriormente contou que sabia que podia confiar em mim e que sentia que eu estava me certificando que a comida não estava envenenada.”

Ao entender a relação terapêutica como espaço potencial, como descrito por Januário (2012), é importante destacarmos o papel do analista, que ao mesmo tempo em que é destituído do lugar de pessoa, visto a intensa privação e desorganização que a relação com pacientes psicóticos suscita, deve também ser capaz de se sustentar e se disponibilizar ao encontro afetivo. A autora cita Kupermann (2003) ao falar sobre a *presença sensível* como qualidade deste encontro que se estabelece entre analista e analisando, e a necessidade de se utilizar da capacidade de afetar e ser afetado pelo outro. Além disso, Januário (2012) destaca o esclarecimento de Safra (2005b) acerca das formas de comunicação do paciente: a verbalizada e a que ele faz o analista sentir através

dos campos de afetação. Caio assim se comunicou comigo através do afeto, *afetando-me* a estar com ele para, sem a necessidade da fala, me dizer o motivo da sua recusa a se alimentar.

O conflito familiar era sempre intenso e repleto de acusações, em especial entre a mãe, o pai, o irmão mais velho e a cunhada. Por meio do afeto, senti a angústia da vivência de Caio, desejando ausentar a minha razão daquele contexto. Pedir por comida, algo que não é comum em uma visita domiciliar, foi exatamente o que Caio precisava: compartilhar uma refeição na relação terapêutica, isto é, em seu espaço potencial e de confiança. Como uma mãe suficientemente boa que experimenta o leite para se certificar que o bebê não irá se queimar, eu experimentava a comida para garantir que ela não estava envenenada. Winnicott (1989 (1999)) ressalta a importância de possibilitar experiências correspondentes à infância para o paciente, remetendo às condições de dependência extrema. O autor traça uma analogia entre o cuidado do assistente social – assim como, entendo, de toda equipe multiprofissional do Caps – e o cuidado familiar que possibilita a regressão, tornando estes profissionais os psicoterapeutas, sendo responsáveis por *segurar*⁹ o paciente, incluindo todo manejo físico adaptado a suas necessidades, até que, a partir da introdução do princípio da realidade, este se *liberta*. Winnicott salienta que estes profissionais realizariam a função dos pais, “um “segurar” de pessoas e situações, enquanto se dá oportunidade às tendências de crescimento [...] em termos de integração, de a psique se entender com o corpo” (p.100). Desta forma, entendo que o psicólogo, assim como toda equipe do Caps, torna-se responsável também por *segurar* o paciente, em especial os psicóticos, visando propiciar, por meio da relação terapêutica, a vivência do que não pôde ser vivido até então.

Coincidentemente, neste mesmo dia um outro usuário do Caps também estava mais agitado e tentou agredir Caio durante a convivência. Eu estava ao seu lado e, instintivamente, entrei na frente. Esta cena foi lembrada durante muito tempo por ele.

Neste dia, após diversas tentativas de acordo, Caio precisou ser contido e medicado. O médico que estava no Caps não era uma pessoa muito acolhedora e, quando Caio aceitou conversar não se sentiu escutado pelo

⁹ handling

médico. Caio exclamou “a Aline me disse que você iria me escutar, está insistindo faz tempo para que eu passasse no médico, e você só quer escutar meus pais?”

A nossa relação com Caio apresentava-se cada dia com o afeto mais pulsante e menos racionalizado. Os encontros se davam com naturalidade e, apesar da tensão envolvida com a agudização dos sintomas psicóticos, Caio conseguia manter contato real e sólido comigo e com minha colega. Acerca do cuidado em instituições para crianças com comportamentos antissociais e que, portanto, não encontraram ambientes suficientemente bons em casa, Winnicott (1984 (1987)) destaca a importância de não priorizar a verbalização e interpretação nos atendimentos, mas sim as características que o ambiente deve ter, como de confiança e segurança. O autor ressalta que, com confiança, é possível desfazer as imprevisibilidades internas e, com a segurança física e psíquica – *holding* e *handling* -, esperança e reivindicações em busca de melhorias são possíveis de serem conquistadas de maneira positiva.

Winnicott acrescenta que é fundamental o ambiente ser capaz de sobreviver a esse processo de desenvolvimento do sujeito sem atitude moralista, visto que, quando o paciente inicia a melhora, a esperança pode originar inicialmente roubos e violência, sendo essencial para o terapeuta suportar esse período sem ameaças ou retaliações: “Se vocês sobreviverem [...] poderão sentir-se usados de um modo perfeitamente natural pela criança que está se tornando uma pessoa e adquiriu recentemente a capacidade para fazer um gesto de natureza amorosa [...]” (p.232).

Caio passava a apresentar o comportamento desafiador e em busca de reivindicações, possivelmente a partir da segurança e confiança adquiridas na relação terapêutica. O ambiente familiar tinha dificuldade de compreender esse processo, o que causava desespero e angústia nos pais, porém os profissionais do serviço que não se disponibilizavam ao contato, apresentando-se sem empatia e moralizadores, pioravam e colocavam em contradição a própria segurança conquistada no afeto da relação conosco. Dessa maneira, em diversas ocasiões percebíamos a confiança de Caio em nós retroagindo, fazendo com que fôssemos colocadas dentro de sua paranoia, sendo necessário reconquistá-la por meio do afeto com naturalidade.

Junto com a equipe de enfermagem do Caps, a polícia militar e o SAMU, fomos a sua casa e o levamos para sua primeira internação. No momento em que foi contido, Caio estava bastante agitado, tentando se desvencilhar, e ofendeu todos que estavam próximos, menos a mim, a quem ele pedia que o ajudasse e que não deixasse que lhe fizessem mal. [...] Durante a internação, visitávamos Caio semanalmente, por vezes junto com a família, buscando ofertar espaços de afeto familiar. Levávamos violão e jogos de tabuleiro. Em uma das visitas, jogamos “Jogo Imobiliário” com Caio, que, após horas de partida, perdeu todo seu dinheiro e imóveis. Aquele sujeito, onipotente e dono de Banco, perdera tudo na brincadeira. Com surpresa, Caio exclamou que “não dá pra ganhar todas”, concluindo “já tenho meu helicóptero me esperando lá fora”.

Winnicott (1989 (1999)), ao citar John Rickman (1891-1951), ressalta a importância de avaliar dois pontos para traçar o tratamento do paciente psicótico: o grau do quadro e “a capacidade do ambiente de tolerar os sintomas” (p.102). O autor destaca que, quando o ambiente imediato não consegue compreender, acolher e cuidar da situação, é o momento do cuidado intensivo com terapeutas e enfermeiros: “Dessa forma, há alguns que estão aí, no mundo, mais doentes do que aqueles que se encontram em hospitais psiquiátricos.” (p.102). Assim, seja pelas falhas do ambiente familiar e terapêutico em que, muitas vezes, a equipe do Caps não conseguia concordar entre si sobre a melhor maneira de cuidado – com mais ou menos flexibilidade e acolhimento, ou pela gravidade do quadro Caio, ele precisou ser internado contra sua vontade. Nesse período, apesar de frustrado, sempre aceitou e pediu por nossa presença, o que não fazia com todos de sua família inicialmente.

Com a construção de confiança em mim e em minha colega, foi possível passar a brincar dentro do espaço potencial. Winnicott (1975) explana acerca da importância de não apenas escutar o paciente, mas sim de estar com ele, isto é, de experienciar com ele. A terceira área seria então o espaço intermediário entre o dentro e o fora; onde a mente e o ambiente podem conviver e, assim, podem juntos conquistar a integração. Além disso, “temos o fato de que somente no brincar é possível a comunicação, exceto a comunicação direta, que pertence à psicopatologia ou a um extremo de imaturidade” (p.80). A partir do jogo, e das brincadeiras que já eram características da nossa relação, Caio pôde começar a lidar com a ambivalência e reconhecer seus pais como reais, em que seu pai não era só ruim; decidiu inclusive voltar a trabalhar com ele. Foi assim possível

para Caio suportar sua realidade e até aceitá-la, após entender e vivenciar seus delírios.

Segundo Winnicott (1975), o compartilhamento de experiências no espaço intermediário só seria possível a partir do envolvimento fidedigno também do analista, permitindo a sua presença total, isto é, do seu self verdadeiro. O autor (1989) também traz que a postura do terapeuta, para se adaptar às necessidades do paciente, em especial dos mais comprometidos, deve propiciar o contato humano e sentimentos reais, para que então a confiança seja depositada na relação e seja possível adentrar a área lúdica; entretanto, destaca a importância do terapeuta em conter os seus próprios impulsos frustrados da vida pessoal.

Durante o acompanhamento intensivo de Caio, lembro-me da intensidade que também vivi esse período. Quando estava fora do trabalho, em diversas ocasiões eu e minha colega de atendimento nos percebíamos conversando sobre ele e planejando terapêuticas. Nas discussões de equipe do Caps, parte dos profissionais entendia que não devíamos disponibilizar tanto tempo a Caio, trazendo argumentos burocráticos e pouco individualizados, ao que sempre pontuávamos sobre a priorização da necessidade do paciente. De qualquer forma, sempre que era necessário, podíamos contar com todos da equipe, tanto em visitas domiciliares quanto nos atendimentos, mesmo que com certa resistência de Caio. Chegávamos a brincar que eu era sua mãe e minha colega era o pai, em que eu o acolhia incessantemente enquanto ela ofertava o contato direto com a realidade e com os limites. Não por acaso, nesse período retomei minha análise e iniciei supervisão clínica.

Winnicott (1989) ressalta que “o objetivo de toda terapia é chegar a um ponto em que cessa a relação profissional, porque o viver e a vida do paciente ‘assumem o comando’, e o terapeuta passa ao trabalho seguinte.” (p.102). Assim como visto nos estudos Stewart, 2012; Tindall, Francey e Hamilton, 2015; Watkins, Sanderson e Richards, 2018, o objetivo do cuidado do jovem em um serviço especializado de saúde mental deve ser de que a relação com o terapeuta não seja mais necessária. Caio, assim, seguiu. Apesar de entender que tudo que viveu e sentiu foi real – e foi vivido como tal –, e tornou-se possível ser o Caio, um jovem, trabalhador com o pai, que tem amigos e namora, mesmo

com a certeza de que um dia foi dono do Shopping do município, de Banco, da antiga empresa em que trabalhou e de muito mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*É da natureza humana
Buscar por tudo resposta
Contudo, da obra da Criação
O Criador em suas mãos guardou a pista
E o mistério de existir, desafio imortal de gerações
É coisa insensível à razão
Se de muitas verdades
ainda carece o homem
na busca de tal solução
Das mãos vive o artista
Da emoção foge a ciência
Foge do homem a questão.
(COELI, 2011, 'Da criação', p.84)*

Ser profissional da atenção psicossocial é diferente por si só. Ao escolher trabalhar em um CAPS, o terapeuta deve considerar as diversas complexidades das políticas públicas, da saúde brasileira, das vulnerabilidades sociais, das pré-concepções e estigmas da saúde mental, do atendimento diário ao sofrimento psíquico intenso e da militância por equidade que o profissional é convocado instintivamente a lutar. O setting dos encontros pode ser tantos quanto é possível imaginar: é uma sala, uma casa, uma calçada, uma mesa de bar, um campo de futebol, um chão de banheiro, um Poupatempo, um CRAS, uma escola, um ônibus e tantos outros. A pluralidade de lugares só não é maior do que a dos *afetos* e das possibilidades de construções que estes são capazes de criar. Afinal, foi a partir do *encontro* de usuários, familiares e trabalhadores que o CAPS e a Reforma Psiquiátrica foram fundados, redirecionando todo o sistema de saúde mental para o modelo comunitário.

Assim, podemos entender o *encontro* como uma das principais ferramentas da atenção psicossocial. É o encontro com a rede intersetorial e de saúde, que organiza os fluxos de cuidado e de garantia de direitos; com a equipe do serviço em reuniões, quando se discute e compartilha os casos; com a família e comunidade, onde é possível conhecer os contextos, territórios e possibilidades, e, talvez o mais importante e com certeza o mais genuíno, o encontro com o usuário, com aquele em sofrimento psíquico.

Apesar de alguns aspectos serem presentes em grande parte das relações terapêuticas com esses sujeitos, neste trabalho centrei-me o olhar ao encontro com o jovem psicótico. Esta relação tem particularidades peculiares e exigem com frequência características distintas dos terapeutas. Estar disponível

ao encontro com o jovem significa entender e reconhecê-lo como o maior especialista de si mesmo e se disponibilizar ao desconhecido que essa verdade pode trazer. Com Caio, foi entender que a principal função do terapeuta é estar junto e atento, e embarcar com ele para o que ele dizia – em palavras e gestos – que precisava experimentar; foi compreender que muitas vezes o que ele necessitava não estava incluído na minha agenda previamente organizada e que ter flexibilidade era primordial. Caio, com sua pouca idade adulta, mostrava com veemência o caminho que deveríamos seguir e, afetando e afetando-se, permitiu que eu pudesse estar com ele quando tudo e todos pareciam diferentes do que conhecera. Os atravessamentos também eram presentes nos encontros, seja pela sua família, pela sua comunidade, pelos outros profissionais do CAPS, pelos limites institucionais, como horários limitados, ou pelo meu próprio processo interno, tendo sido essencial a retomada da minha análise e da supervisão. Os encontros em no CAPS exigem, antes de mais nada, a disponibilidade ao afeto.

REFERÊNCIAS

- ARBEX, D. **O Holocausto brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ÁVILA, F.A. **Reflexões sobre uma experiência em projetos terapêuticos singulares a partir do discurso de usuários**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação nas Profissões da Saúde) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2014.
- BEZERRA, T.F.; AGUIAR, V.G. **Um estudo sobre o processo de elaboração do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial no Distrito Federal**. (Iniciação Científica). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/pic/article/viewFile/6413/4433>
- BOCCARDO, A.C.S.; ZANE, F.C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E.F. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, R.O. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
- CARON, E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Gestão Autônoma da Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental**. Saude soc. 28 (4) • Oct-Dec 2019. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190697>>
- CASTRO, J.A., AQUINO, L.M., ANDRADE, C.C. (org.) **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009.

- COELI, A. **Ofício**. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2011.
- CONED. **Comunidade Terapêutica 2020**: Manual para instalação e funcionamento do serviço no Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, 2020. Disponível em < <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/06/MANUAL-CTS-CONED-SP.pdf>>
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP. Sem autor. **Sr. Geraldo Braz Peixoto**. São Paulo: CRP-06/SP, 2015. Disponível em < <https://www.crpssp.org/noticia/view/1958/sr-geraldo-braz-peixoto>>
- COSTA, M.O. **De que cor será sentir? Método psicanalítico na psicose**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
- CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DELLOSI, M.E. **Adeus Juqueri!**. Programa Autoestima, Governo do Estado de São Paulo. 2021. Disponível em < <https://autoestima.sp.gov.br/Noticias/News?post=36>>
- DIAS, E.O. **A teoria das psicoses em D. W. Winnicott**. 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
- _____ . **Adolescência e Psicose**. Revista Internacional de Psicanálise Winnicottiana, Winnicott e-Prints, v.10, n. 2 (2015).
- FLORENCE, A.C. **A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências**. Rev. Polis Psique vol.8 no.1 Porto Alegre jan./abr. 2018. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80427>>
- FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 1961. 12ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.
- FRAZATTO, C.F. **Reforma psiquiátrica brasileira e o desafio de cuidar em liberdade: reflexões sobre casos de alta em um CAPS**. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

- GOLDBERG, J.I. Reabilitação como processo: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *In*: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
- GOMES-MEDEIROS, D.; FARIA, P.H.; CAMPOS, G.W.S.; TÓFOLI, L.F. **Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários**. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(7):e00242618. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n7/1678-4464-csp-35-07-e00242618.pdf>
- JANUÁRIO, L. M. **Transferência e Espaço Potencial: A relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos**. 2012. Tese de Doutorado – Universidade de Brasília, 2012.
- JORGE, M.S.B. PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011.
- KANTORSKI, L.P.; ANTONACCI, M.H.; ANDRADE, A.P.M.; CARDANO, M.; MINELLI, M. **Grupos de ouvidores de vozes: estratégias e enfrentamentos**. *Saúde debate* 41 (115), Oct-Dec 2017. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711512>>
- LIMA, C.Á. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado na saúde mental: contribuições e perspectivas para o Serviço Social**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- LIMA, E.J.B. **Cartografias do cuidado em saúde mental: o Piauí em cena**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- LOPARIC, Z. **De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática**. Winnicott e-prints vol.1 no.1 São Paulo, 2006. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000100004
- MARTINS, H.T.; ROCHA, R.O. **Cem anos de proibicionismo no Brasil: Uma análise neo-institucionalista das políticas sobre drogas**. *Revista*

- Brasileira de Segurança Pública. São Paulo v. 15, n. 2, 112-129 ago/set 2021.
- MESSIAS, E. **Standing on the Shoulders of Pinel, Freud, and Kraepelin: A Historiometric Inquiry into the Histories of Psychiatry.** The Journal of Nervous and Mental Disease. 202(11):788-92. 2014.
 - MOREIRA, M.I.B.; GUERRERO, A.V.P.; BESSONI, E.A. **Entre desafios e aberturas possíveis: vida em liberdade no contexto da desinstitucionalização brasileira.** Saúde Soc. São Paulo, v.28, n.3, p.6-10, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2019.v28n3/6-10/pt>>
 - MYRRIA, D.Y.V.T. **Um olhar sobre a clínica da psicose: transferência e pré-conceito.** 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.
 - NAFFAH NETO, A.; CINTA, E.M.U. **A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo.** ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos, v. 30 (1) 1-0, 2012.
 - OLIVEIRA, D.M. **Contribuições para o estudo da adolescência sob a ótica de Winnicott para a educação.** 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
 - PASSOS, I.C.F. **Políticas e práticas de cuidado em saúde mental: Experiências e modelos em discussão.** 2000. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.
 - PEIXOTO, G. No meio do caminho tinha uma pedra. *In*: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
 - PEREIRA, M.E.C. **Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea.** Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 3:113-6, 2004.
 - RIZZO, A.T. **A queda de Gringo: sobre o amor de transferência em um hospital psiquiátrico.** 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia:

- Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Kaplan & Sadock: Manual de psiquiatria clínica, referência rápida**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
 - SANTANA, M.S. **A categoria Juventude na pesquisa histórica: notas metodológicas**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, 2011.
 - SANTOS, E.A. **Cortes corporais e recortes de histórias de vidas: Adolescências, traumatismo – Contribuições da psicanálise**. 2021. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar). Universidade de Brasília, 2021.
 - SILVA, A.M. **O atendimento de adolescentes envolvidos com o uso de drogas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.
 - SILVA, E.R.A.; BOTELHO, R.U. (org.) **Dimensões da experiência juvenil brasileira e novos desafios às políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2016.
 - STEWART, K.D. **Factors Contributing to engagement during the initial stages of treatment for psychosis**. Qualitative Health Research 23(3), 336 –347, Australia, 2012. <https://doi.org/10.1177/1049732312468337>
 - TEIXEIRA, M.B.; RIBEIRO, J.M.; RAMOA, M.; ENGSTROM, E. **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016**. Ciência & Saúde Coletiva, 22(5):1455-1466, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1455.pdf>>
 - TINDALL, R.; FRANCEY, S.; HAMILTON, B. **Factors influencing engagement with case managers: Perspectives of young people with a diagnosis of first episode psychosis**. International Journal of Mental Health Nursing 24, 295–303, Australia, 2015. <https://doi.org/10.1111/inm.12133>

- WATKINS, S.; SANDERSON, C.; RICHARDS, V. **Service user perspectives of an early intervention in psychosis service: a service evaluation.** Mental Health Review Journal, Vol. 23 Issue: 3, pp.156-164, Inglaterra, 2018. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-09-2017-0037P>
- WINNICOTT, C. (org) (1989) **Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- WINNICOTT, D. W. (1958) **Da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- _____ . (1989) Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____ . O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____ . (1984) Privação e Delinquência. São Paulo: Martins Fontes, 1987.