



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

O cuidado nas neuroses graves em serviços comunitários de saúde mental

Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

Brasília, DF

2023

Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

O cuidado nas neuroses graves em serviços comunitários de saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes.

Brasília, DF

2023

O cuidado nas neuroses graves em serviços comunitários de saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes – Presidente PCL / IP / UnB

Dra. Iara Flor Richwin Ferreira– Membro externo / Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania

Profa. Dra. Deise Matos do Amparo – Membro interno PCL / IP / UnB

Prof. Dr. Guilherme Freitas Henderson – Membro suplente PCL / IP / UnB

Dedico este trabalho a Juliana Garcia Pacheco, *in memoriam*.

Agradecimentos

Ao meu orientador Luiz Celes, por ter me acolhido e acompanhado meu processo mesmo à distância, com muita abertura e solicitude.

A minha mãe, pai, avó e João que, cada um a seu modo, me apoiou, e foram cruciais ao longo desse percurso.

A pessoas muito queridas para mim e que foram suportes fundamentais para a realização deste trabalho: Estevam, Julia, Filipe, Gayatri, André, Matheus e Bruna. A minha parceira de mestrado Luiza, com quem pude compartilhar tanto e que se tornou uma grande amiga que levo para a vida.

Ao CAPS, pela recepção carinhosa e por ser esse espaço transformador, com tanta solidariedade e vivência coletiva.

À Fundação de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) pela concessão da bolsa de mestrado.

*Eu ontem sonhei com você e hoje novamente
eu quero sonhar
a loucura incessante da arte moderna nos
faz andar com os nossos pés
abre a porta
Atravessa as portas e janelas
abre a janela. A loucura do louco é
mais calma que o caos dos caretas
acolhe as tempestades. Como o vento, sente-se
eterniza o amor ao guardar lembranças in memoriam
e nas coisas que cria. A arte é uma
esteira que me leva a outros lugares.
A estrela que brilha, a estrela que guia, o sol que alumia
Atravessa a Porta
A arte faz a gente conhecer o Brasil
A arte é um cavaleiro que anda com seu cavalo sobre as nuvens
Criar para sair do marasmo de casa, da rotina, da mesmice
#arteélivre
Todos podem ser artistas.
A arte rompe a linha que separa o são do louco.
(Manifesto da Companhia Atravessa a Porta)*

Resumo

Este trabalho foi fruto de uma experiência de cuidado, como psicóloga voluntária e participante de projetos artísticos em um serviço comunitário de saúde mental do Distrito Federal. Nesse cenário, tivemos como objetivo geral compreender as possibilidades do cuidado, a partir de uma perspectiva psicanalítica, em sujeitos com quadros neuróticos graves em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do DF. Com vistas ao desenvolvimento dos objetivos, organizamos o texto em quatro capítulos. Os dois primeiros foram construídos fundamentalmente por leituras teóricas. Discutimos problemáticas e encaminhamentos da clínica contemporânea, enfocando, sobretudo, as neuroses graves em seus desafios atuais e ressaltamos possíveis direções do cuidado nesses casos, considerando o manejo, a transferência e potencialidades do encontro entre teatro e cinema e saúde mental. No terceiro capítulo, explicamos o método utilizado para o alcance dos objetivos propostos. A pesquisa qualitativa que realizamos foi baseada na proposta de Thompson (1995), reinterpretada por Demo (2006), da hermenêutica da profundidade. A análise, desdobrada no capítulo 4, foi constituída de três etapas: (i) análise socio-histórica, em que retratamos o panorama da saúde mental no Brasil, no DF e o contexto do CAPS pesquisado; (ii) análise formal, em que analisamos entrevistas semiestruturadas realizadas com psicólogos envolvidos com o CAPS, as quais articulamos com reflexões clínicas da pesquisadora e estudos teóricos; e (iii) interpretação/reinterpretação, em que destacamos os principais marcos do trabalho, buscando novos significados por meio de uma interpretação/reinterpretação do que foi produzido. Por fim, analisamos o cuidado nas neuroses graves em serviços comunitários de saúde mental, de maneira a refletir sobre seus impasses e suas potencialidades, oferecendo direções, a partir da psicanálise, de como dar lugar simbólico para o ato, nos casos de neuroses graves no intuito de contribuir para melhor cuidar.

Palavras-Chave: Psicanálise. CAPS. Neuroses Graves. Casos-limite. *Borderline*.

Abstract

This work was originated from a care experience, as a psychologist volunteer and participant in artistic projects in a community mental health care service of Federal District. In this scenery, our general goal was to investigate the possibilities of care, based on a psychoanalytical perspective, in subjects with severe neuroses in a Psychosocial Attention Center (CAPS) of Federal District. To develop the goals, the text was organized in four chapters. The first two chapters were fundamentally based on theoretical literature. We discussed problems and alternatives of the contemporary clinic, emphasizing, mainly, the severe neuroses in their current challenges, highlighting possible directions of caring in those cases, considering the management, the transference and the potentials between theater/cinema and mental health. The third chapter explains the method used to reach the proposed goals. The qualitative research we performed was based on Thompson's proposal (1995), reinterpreted by Demo (2006), the depth hermeneutics. The analysis, described on chapter 4, was constituted by three phases: (i) social-historical analysis, in which we pictured the scenery of the mental health field in Brazil, in the Federal District and the background of the researched CAPS; (ii) formal analysis, in which we analysed semi-structured interviews we did with the psychologists involved with CAPS, that was articulated with clinical reflections of the researcher and theoretical studies; and (iii) interpretation/reinterpretation, in which we highlighted the main aspects of the work, aiming new meanings through an interpretation/reinterpretation of what was produced. Ultimately, we analysed the severe neuroses care in community mental health care services, so as to reflect about its challenges and potentials, presenting directions, from a psychoanalytical perspective, on how we can provide a symbolic place for the act, in severe neuroses cases, to contribute to better care.

Key words: Psychoanalysis. CAPS. Severe Neuroses. Limit states. Borderline.

Sumário

Introdução.....	9
Capítulo 1: Esboços de problemáticas e de encaminhamentos da clínica contemporânea.....	13
1.1 A clínica contemporânea e seus desafios.....	13
1.2 CAPS como alternativa aos desafios impostos à clínica psicanalítica “tradicional”.....	21
Capítulo 2: Direção do cuidado.....	28
2.1 Manejo e transferência em neuroses graves.....	28
2.2 Potencialidades do encontro entre teatro/cinema e saúde mental.....	33
2.2.1 Dimensão clínica.....	35
2.2.2 Dimensão política.....	39
Capítulo 3: Método.....	42
Capítulo 4: Análise a partir da hermenêutica da profundidade.....	45
4.1 Análise socio-histórica.....	45
4.2 Análise Formal.....	48
4.2.1 Limites e bordas.....	49
4.2.1.1 Acolhimento de neuroses graves no CAPS.....	49
4.2.1.2 Diagnóstico de neuroses graves no CAPS.....	55
4.2.1.3 Desafios do serviço.....	58
4.2.2 Dimensão sociopolítica do sofrimento em territórios periféricos.....	73
4.2.3 Caminhos de cuidado.....	81
4.2.3.1 Psicoses e neuroses graves no CAPS.....	81
4.2.3.2 Possibilidades do cuidado e modos de presença do analista.....	87
4.3 Interpretação/Reinterpretação.....	95
Considerações finais.....	98
Referências.....	100
Apêndice 1.....	112
Apêndice 2.....	114

Introdução

A presente dissertação se originou de minha experiência como psicóloga voluntária e participante de projetos artísticos em um Centro de Atenção Psicossocial para adultos (CAPS II) do Distrito Federal. Nesse contexto, seu intuito foi de compreender o cuidado prestado em um serviço comunitário de saúde mental e suas possibilidades nos casos de neuroses graves, desde uma perspectiva psicanalítica.

Partimos de uma pesquisa que realizamos anteriormente sobre o cuidado nas psicoses (Chauvet, 2019), na qual emergiram indícios de lacunas e outras problemáticas no trabalho desse CAPS. Uma das conclusões do trabalho mencionado foi a necessidade de estudos que explorassem, no serviço, tipos de sofrimento não psicóticos, como as neuroses graves, na medida em que profissionais relataram uma mudança no perfil dos usuários que frequentam o centro de saúde.

Essa transformação pode estar relacionada com modificações culturais, em que, segundo Birman (1999), outras subjetividades ganharam espaço no discurso psicopatológico atual. Nessa mesma linha, Celes (2003) discute que, desde sua criação, a psicanálise se reconstitui constantemente diante de transformações sócio-histórico-culturais que incitam problemas no pensar e fazer psicanalítico, como ocorreu com o tratamento das neuroses, das depressões e dos estados-limite, sequencialmente. Compreender como a psicanálise se posiciona e se transforma frente a essas mudanças sócio-histórico-culturais (Celes, 2003) e suas formas de subjetivação são dimensões importantes a serem consideradas.

Ainda, outra conclusão da pesquisa ora indicada foi a dificuldade do estabelecimento de critérios entre a equipe do centro de saúde com relação à permanência de usuários com quadros não psicóticos no serviço. Tal embaraço parece ter relação com a própria publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) que, enquanto define que quadros psicóticos são contemplados pelo serviço, especifica a neurose como grave, deixando a cargo de cada

serviço a definição do que seria “grave”. É relevante ressaltar que, além de não se tratar de psicoses, por vezes, as denominadas neuroses graves são quadros relacionados a casos-limite, quadros *borderline*, problemáticas narcísico-identitárias e neuroses, sobretudo, histeria grave, como percebido em minha experiência e de outros profissionais no serviço (Chauvet, 2019).

Nesse sentido, utilizaremos o termo “neuroses graves”, que aparece em alguns momentos da obra de Freud, como em suas *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (1917/1969, p. 501), e que foi delimitado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004) como um dos quadros atendidos no CAPS, para nos referirmos a esse sofrimento não propriamente psicótico. Embora levemos em consideração questões diagnósticas para desenvolver a problemática proposta, pensamos ser fundamental lembrarmos do distanciamento de um enfoque predominantemente psicopatológico desde Dora em Freud (Celes, 2007).

Também complementamos a caracterização desse campo de pesquisa, destacando que, inspirados pelas experiências italiana e francesa, os CAPS, de acordo com Tenório (2001), foram pensados para atender especificidades da expressão subjetiva de sujeitos psicóticos, levando em consideração a exclusão da loucura (Lobosque, 2001) – e “loucura” como um termo correntemente identificado com as psicoses. Dessa maneira, pode-se depreender que a própria estruturação dos serviços substitutivos de saúde mental foi organizada para o cuidado de quadros comumente relacionados às psicoses. Por conseguinte, buscou-se com esta dissertação promover um estudo sobre as possibilidades de cuidado em quadros de não psicose, ou de sofrimento neurótico grave, no serviço referido, visto que, de um lado, foi identificado, por meio de entrevistas de pesquisa anterior (Chauvet, 2019), o crescimento do número de casos de neuroses graves e, de outro lado, percebeu-se um decréscimo em torno das psicoses.

Diante de tal panorama, entendemos que a sensibilidade clínica da psicanálise, orientada na direção de perceber o novo e se esforçar para sistematizá-lo e operar com ele,

possibilita uma modificação na própria psicanálise (Celes, 2003). Nesse sentido, assumimos a postura convergindo com a ideia de Celes (2003) de que, mais relevante do que buscar correspondências entre as mudanças culturais e a psicanálise, deve-se partir das psicanálises efetivamente realizadas ou, no caso em questão, da prática de psicanalistas trabalhando em um CAPS, para compreender as transformações em psicanálise. De acordo com esse autor, ao se deparar com determinado fenômeno, nosso empenho não é apenas de reagir a ele, mas de nos deixar afetar e constituir nossa própria concepção sobre ele, como no caso das neuroses graves no CAPS.

Ademais, em um esforço de compreender teoricamente o que se passa no processo do cuidado nas neuroses graves em um CAPS, que é um dispositivo em extensão ao *setting* “padrão”, a contribuição deste estudo objetivou permitir um repensar teórico psicanalítico que, por sua vez, pode se desdobrar em novas alternativas práticas de cuidado.

A partir das considerações explicitadas, fazemos o seguinte questionamento: os “casos difíceis”, muitas vezes nomeados o que nesta dissertação delimitamos como neuroses graves, poderiam ser entendidos como um acontecimento que demanda a reformulação de soluções? Entendemos que são “difíceis” justamente porque impõem dificuldades à diagnóstica e aos encaminhamentos ou tratamentos vigentes disponíveis. Sendo assim, a seguinte pergunta norteou este trabalho: de que maneiras podemos proporcionar um melhor cuidado, desde uma disposição clínica psicanalítica, em casos de neuroses graves nos centros de saúde mental?

Como modo de desenvolver esse tema, o objetivo geral deste trabalho foi compreender as possibilidades do cuidado, a partir de uma disposição clínica psicanalítica, em sujeitos com quadros neuróticos graves em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal. Os objetivos específicos, por sua vez, foram: (i) explorar psicanaliticamente os cuidados que se prestam pela equipe em casos de neuroses graves no CAPS em questão; (ii) comparar o cuidado ofertado pela equipe do CAPS em casos de psicoses e de neuroses

graves; (iii) analisar as contribuições do cuidado na clínica das neuroses graves para a abordagem psicanalítica no CAPS pesquisado, buscando traçar modos de presença do analista.

A dissertação foi organizada em quatro capítulos. Os dois primeiros capítulos foram construídos fundamentalmente por leituras teóricas. No capítulo 1, discutimos problemáticas e encaminhamentos da clínica contemporânea, enfocando, sobretudo, as neuroses graves em seus desafios atuais; enquanto no capítulo 2, ressaltamos possíveis direções do cuidado nesses casos, considerando o manejo, a transferência e potencialidades do encontro entre teatro/cinema e saúde mental.

No capítulo 3, explicamos o método utilizado para o alcance dos objetivos propostos. A pesquisa qualitativa que realizamos foi baseada na proposta de Thompson (1995), reinterpretada por Demo (2006), constituída de três etapas de análise: (i) análise socio-histórica; (ii) análise formal; e (iii) interpretação/reinterpretação.

O capítulo 4 foi composto pela análise a partir da hermenêutica da profundidade (Thompson, 1995; Demo, 2006). Na primeira etapa, retratamos, resumidamente, o panorama da saúde mental no Brasil e no DF, além do contexto no qual o CAPS pesquisado está inserido. Para construção da análise formal, por sua vez, realizamos entrevistas semiestruturadas com psicólogos envolvidos com o trabalho no CAPS, as quais articulamos com reflexões da pesquisadora sobre suas vivências clínicas e estudos teóricos. No último nível de análise, destacamos os principais marcos do trabalho, buscando novos significados por meio de uma interpretação/reinterpretação do que foi produzido.

Nas considerações finais, abordamos, brevemente, os resultados do trabalho, considerando os objetivos que propusemos e recomendações para futuras pesquisas.

Capítulo 1: Esboços de problemáticas e de encaminhamentos da clínica contemporânea

Neste capítulo, delineamos alguns esboços de problemáticas e de encaminhamentos da clínica contemporânea, sobretudo no que se refere aos casos de neuroses graves. Em um primeiro momento, apresentamos alguns dos desafios da clínica contemporânea para, em uma segunda ocasião, apresentar o CAPS como encaminhamento possível aos desafios impostos à clínica psicanalítica “tradicional”, também expondo complicações desse dispositivo no que tange às neuroses graves.

1.1 A clínica contemporânea e seus desafios

Diante de mudanças macrossociais da contemporaneidade, que têm como implicações o aumento de casos não propriamente neuróticos – e, acrescentemos, também não psicóticos – o pensamento psicanalítico tem se deparado com complicações referentes ao método psicanalítico clássico, segundo Savietto, Figueiredo e Souza (2013). Os autores destacam que são casos em que há uma intensidade da ação das pulsões de destruição, convergindo com a ideia de Green (2017) sobre organizações psíquicas contemporâneas, em que a destrutividade está em seu centro. Esses são casos com formas de funcionamento fundadas em mecanismos de clivagem¹ ou de retraimento/desinvestimento² (Roussillon, 2013), nas quais há uma diminuição da capacidade de associação livre, a qual concebe a linguagem verbal, a representação, o pensamento e a metaforização como centrais.

Nesse contexto, parece haver uma ampliação de casos de sofrimento que abrangem impasses relativos à incompletude da síntese narcísica, nas quais o eu fragmentado se

¹ Mecanismo de defesa que opera frente a um conflito traumático “quase intolerável” (p. 177), em que o eu, tendo que optar pela renúncia pulsional ou por rejeitar a realidade e conservar a satisfação, toma os dois cursos simultaneamente, rejeitando a realidade e suas proibições, ao passo que reconhece seu perigo e assume medo dele num quadro patológico. É uma solução em que abre-se uma fenda no eu, isto é, o eu se divide frente ao traumático (Freud, 1938/1996).

² Retiro ou ausência de um investimento que se unia a uma representação, a objetos, por exemplo. (Laplanche & Pontalis, 2004)

encontra desprovido de forças que regulariam seus investimentos libidinais no eu e no outro (Celes, 2013), tendo como característica preponderante um sofrimento que se refere à constituição de si (Pacheco-Ferreira, Mello & Verztman, 2013). Nesses quadros, pode haver embaraços para se criar soluções reflexivas de pensamento para conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos e, por isso, essas são ocasiões que incluem um comprometimento do aspecto associativo do aparelho psíquico (Celes, 2013). Dessa maneira, os chamados “casos difíceis” desafiam analistas em sua prática cotidiana, expondo os limites do que seria uma “psicanálise tradicional”, que tem o modelo do sonho e a associatividade do psiquismo como fundamentos (Celes, 2013) e, por regra, a associação livre (Freud, 1900/1979).

Portanto, a extensão da psicanálise para uma escuta que abranja formas de sofrimento tratadas em dispositivos distintos do “padrão” (divã-poltrona utilizado alguns dias por semana) é apontada por Roussillon (2012) como um imperativo à psicanálise. Esse autor utiliza o termo “problemáticas narcísico-identitárias” para se referir a sujeitos que têm experiências atravessadas por problemáticas que se referem à diferenciação entre eu e não-eu, e que tiveram alguns obstáculos no processo inicial de simbolização. Por esse motivo, teriam dificuldades com o dispositivo que ele discorre como sendo o tradicional psicanalítico.

Apesar de certos autores associarem sujeitos com problemáticas narcísico-identitárias, casos-limite, casos *borderline*, casos difíceis e neuroses graves a demandas contemporâneas, Celes (2007) identifica semelhanças processuais entre o que se entende como novidades em quadros psicopatológicos e o caso Dora, de Freud (1905/1969). Esse teria sido um caso que circunscreveu os limites da psicanálise da época, impondo críticas ao que, da teoria e da prática, havia sido desenvolvido até então (Celes, 2007), de maneira similar a como os casos supracitados atuais também o fazem. Uma pergunta decorrente dessa nomenclatura frequentemente utilizada por profissionais de saúde para se referir a determinadas formas de sofrimento é: esses são casos difíceis, isto é, impõem dificuldades para quem? Se, segundo

Celes (2007), a crise é condição permanente na psicanálise pelo que não se deixa por completo apreender ou dominar, a renovação de questionamentos é o que incita o modo de pensar freudiano por excelência: a invenção (Mezan, 1995).

Em consonância com essas ideias, o entendimento de Junqueira e Coelho Junior (2006) também vai na direção de que quadros *borderline* não são tão novos assim, tendo seus primeiros indícios nas “neuroses atuais” (Freud, 1917/1969, p. 452), caracterizadas por manifestações majoritariamente corporais, sem que houvesse aparentemente um significado psíquico. Esses pesquisadores consideram que dispomos de mais recursos metapsicológicos depois do trabalho monumental de Freud para desenvolver modos de intervenção para além da técnica analítica tradicional.

Uma outra acepção acerca da contemporaneidade das formas de subjetivação, bem como dos sofrimentos correlatos, é a de Armony (2010), de que transformações tanto econômicas – como a passagem do capitalismo de acumulação para o de consumo – quanto sociais – como alterações no patriarcado –, relacionam-se a uma nova normalidade configurada. O psicanalista retrata o mundo hipermoderno com a figura do *borderline* como paradigma desse tempo, positivando essa subjetividade. De maneira distinta das neuroses, em que haveria uma excessiva repressão, os quadros atuais seriam caracterizados por uma excessiva permissividade, deixando os sujeitos sem referências sólidas. Não seria mais o recalque o processo básico de constituição, mas a cisão, a clivagem. A normalidade contemporânea seria composta por uma mistura de processos neuróticos e *borderline*.

Diferentemente dos quadros que Freud descreveu em seus aspectos tópicos, dinâmicos e econômicos, em tais modos de sofrimento contemporâneos, parece não haver uma compreensão mais ou menos convergente entre psicanalistas (Celes, 2013). A título de exemplificar essa “pluralidade diagnóstica”, mencionaremos alguns autores em suas distintas perspectivas.

Souza (2013) utiliza a nomenclatura “pacientes difíceis” (p. 13) para se remeter a quadros que convocam analistas a introduzir modificações no método psicanalítico. Para situar o problema da atuação em sua faceta que pode dificultar o andamento de análises, Gus (2007) utiliza o termo *borderline*. A associação entre quadros *borderline* e pacientes difíceis, sobretudo no campo de serviços de saúde mental, é comentado por Silva (2018). Já em uma perspectiva crítica acerca do excesso de diagnósticos de personalidade *borderline* na década de 1980, Bollas (2000) defende que se trata, em muitos desses quadros, de histeria e propõe que a comunidade psicanalítica deve reconsiderar este último diagnóstico. Roussillon (2012), por sua vez, utiliza a expressão “problemáticas narcísico-identitárias” para fazer alusão a quadros considerados “casos-limite”, “*borderline*”, “narcisistas”, em que a questão da identidade e, por conseguinte, da diferenciação eu/não eu, é central. Ademais, Green (2017), ao mapear a prática analítica de seu tempo, aponta para a problemática da loucura como estando situada em estados que se encontram no limite entre neurose e psicose, os quais ele nomeia de casos-limite e de loucura privada. É relevante ressaltar que, apesar da associação dos casos em pauta à atualidade, o caso do Homem dos Lobos, analisado por Freud (1918b), é compreendido por Green (2017) como um caso-limite, bem como por Lacan (1962-1963/2005) como um quadro *borderline*.

Desenvolveremos a teorização dos casos-limite, delineada por Green (2017), por entendermos ser profícua para a compreensão do que neste estudo denominamos como neuroses graves. Esse autor cria conceitos metapsicológicos no intento de ampliar o alcance do método psicanalítico, considerando o atendimento a sujeitos que estão no limite do analisável, que não suportam a abstinência³ e o silêncio do enquadre analítico. É uma tentativa que vai ao encontro do enunciado de Winnicott (1954/1958) de “evitar as terapias que se adaptam mais às necessidades do terapeuta do que às necessidades do paciente” (p.

³ Princípio em que o analista não satisfaz demandas do analisante, nem desempenha papéis que o analisante o coloca, de maneira que o analisante encontre o mínimo de satisfações substitutivas possível (Laplanche & Pontalis, 2004).

287), adaptando, por conseguinte, o método psicanalítico às necessidades dos casos-limite e não o inverso.

Ao mesmo tempo em que a teoria não coincide precisamente com o trabalho de psicanálise, é do trabalho demonstrado na experiência psicanalítica que se formam as bases teóricas e se constrói a metapsicologia (Celes, 2000). Desse hiato entre teoria e prática analítica, a categoria limite é portanto desenvolvida (Candi, 2017). Em uma primeira apresentação, o conceito de limite, apresentado por Green (2017), tem dois alcances quando remetido ao corpo: o primeiro associado à pele, ao limite corporal que separa dentro e fora; o segundo, relacionado aos furos das zonas erógenas da pele, como olhos, boca, ânus e órgãos genitais, que operam uma comunicação entre dentro e fora. Os problemas que podem ocorrer nesses limites são concernentes à consistência e estrutura das fronteiras e da circulação no interior e no exterior das portas.

Com a proposta de uma terceira tópica, denominada de metapsicologia do limite, Green (2017) discorre que a não constituição do limite ocorre quando há cisões que obstaculizam a organização da estrutura, resultando em um aparelho psíquico em estado amorfo de fusão e confusão, uma vez que dificulta a diferenciação entre afetos internos e realidade externa. Há certa indiscriminação com o objeto externo, em razão de que são as representações, o pensamento e as lembranças que proviriam consistência ao espaço interno – com mais consistência e sustentação oriunda do pensamento, a estrutura não desabaria diante da frustração, por exemplo.

Da conceituação de limite, Green (2017) discute que o aparelho psíquico se estrutura em um duplo limite, que divide compartimentos e permite a comunicação entre eles. O pensamento ocorre no entrecruzamento das linhas: haveria um limite vertical, separando dentro e fora, soma e psiquismo, chamado de intersubjetivo que se cruzaria com o limite horizontal, dividindo consciente/pré-consciente e inconsciente, Real e psiquismo,

denominado intrapsíquico. Assim, o pensamento ocorre na interseção do trabalho intrapsíquico e intersubjetivo e é o trabalho dos limites que viabiliza a representação e o pensamento, sendo a metapsicologia proposta, uma metapsicologia da capacidade de pensar. O pensamento, segundo Green (2017), tem a dupla tarefa, paradoxal, de, simultaneamente em que se afasta de seus derivados pulsionais, não deixa de ter vínculo com suas raízes afetivas que lhe atribuem peso de verdade. Armony (2010) argumenta, de modo semelhante com essas noções de Green (2017), apresentando que, na subjetividade *borderline*, os limites no contato com o outro são frouxos e há determinada porosidade relacional não só com o outro, mas também com o próprio mundo interno.

A clínica dos casos-limite é caracterizada pela instabilidade do duplo limite (Candi, 2017), de maneira que os limites, em determinadas circunstâncias, podem não operar e, quando isso acontece, acionam limite oposto. No momento em que o limite horizontal não age, o limite vertical é acionado, de modo a colocar em risco a diferenciação dentro/fora e a substituir o limite interno, intrapsíquico, pelo externo, intersubjetivo. Nessa ocasião, o conflito intrapsíquico e sua simbolização desaparece, prejudicando a associação livre e o trabalho do pensamento. De outra maneira, se o limite vertical não atua, aciona-se o limite horizontal, provocando processos de “negação, clivagens, retraimento, denegações, identificações projetivas excessivas, características da lógica pulsional e do negativo do trabalho do negativo, causado pelos aspectos negativos da pulsão de morte, tais como o desinvestimento, a desobjetalização e o narcisismo de morte” (Candi, 2017, p. 18).

Sobre os impactos da instabilidade do duplo limite na clínica, Candi (2017) argumenta que a substituição do limite intrapsíquico pelo intersubjetivo complexifica o enquadre psicanalítico pelas atuações e solicita a contratransferência, o pensamento imaginativo do analista, tanto em nível corporal, como afetivo. Dessa maneira, é uma clínica que pressupõe

uma escuta que inclui atenção flutuante, contratransferência e a capacidade de *rêverie*⁴ do analista. Amparo, Morais e Alves (2020) ressaltam que, em adolescentes limítrofes, por exemplo, pela dificuldade de suportar o enquadre, os sujeitos buscam destruí-lo, pela predominância do ato em seu funcionamento e pelos limites, sejam eles excessivamente rígidos ou demasiadamente frouxos.

Ainda no que tange aos impasses clínicos, devido à dificuldade da elaboração por meio do trabalho de pensamento, os casos-limite suportam mal o enquadre psicanalítico, de maneira a lutarem contra o enquadre como se fosse um inimigo que ora ataca o eu, ora o abandona ao desamparo (Green, 2017). O autor aborda que os sujeitos em estados-limite orientam seu investimento ao controle de seus limites, que se encontram constantemente ameaçados. São sujeitos que cooperam quando as comunicações não envolvem implicação subjetiva e que tendem a resistir à interpretação da identificação projetiva⁵, pois esta requereria o reconhecimento de que há um movimento que parte dele e, nos casos-limite, a agressão teria sua fonte oriunda de fora.

Nos casos-limite, atividade psíquica volta-se à manutenção de relação objetal, que está constantemente ameaçada de destruição mútua e há uma vigilância dos limites na tentativa de proteger uma autonomia duramente conquistada (Green, 2017). Há uma preocupação em conservar identidade interna, que se mostra central nas relações de objeto, em que o sujeito busca defender o eu de invasões objetais externas. A lógica envolvida nesses casos pode ter como desdobramento na clínica a vivência intrinsecamente negativa do analista pelo paciente, isto é, uma reação terapêutica negativa, que transforma suas intervenções em ataques.

A hipótese formulada por Green (2017) é de que:

⁴ Modalidade de sonho desperto, descrita por Bion, em que a mãe ou o analista fornece uma espécie de continência ativa a favor do sujeito, sonhando por ele, de maneira a simbolizar e a metabolizar suas experiências emocionais (Figueiredo, 2012).

⁵ Mecanismo elaborado por Melanie Klein, no qual, por meio de fantasias, o sujeito se introduz parcial ou totalmente no interior de um objeto para possuí-lo, danificá-lo ou controlá-lo. Inversamente, também pode ocorrer uma fantasia de introjeção do objeto sentida pelo sujeito de maneira violenta ou forçada desde o exterior (Laplanche & Pontalis, 2004).

entre o jogo da representação e o nascimento de um pensamento propriamente dito deve se instituir uma *alucinação negativa* da representação do objeto (a mãe ou o seio) para que sobrevenha não uma representação mais ou menos realista, como afirma Freud, mas uma representação das relações no interior de uma representação e entre diversas representações (p. 282).

O trabalho do pensamento, obstaculizado nos casos-limite, seria o que preencheria, juntamente com a satisfação parcial, o buraco, ou o vazio instaurado na psique, oriundo da descontinuidade primitiva. Portanto, os sujeitos com quadros de casos-limite são ameaçados pelo vazio sentido como algo que exceda sua capacidade de representar e de pensamento (Green, 2017), reatualizando o que Bokanowski (2005) conceitua como trauma. Seria necessário um trabalho do negativo como um trabalho do pensamento que religue processos após uma disjunção entre eles causada por um apagamento (Green, 2017).

Não aparenta ser por coincidência que haja certa analogia de processos entre os casos-limite e as neuroses de guerra, descritos por Maldonado e Cardoso (2009), em razão de que, em ambos os casos, o excesso traumático de realidade dificulta a representação metafórica, tornando as narrativas sobre o vivido impossíveis – e, paradoxalmente, necessárias –, por terem seu registro no real, no não simbolizável, no resto daquilo que foi vivido em uma experiência traumática. De maneira semelhante, Freud aponta que a fixação em um acidente traumático, como em neuroses de guerra, o sujeito permanece como se continuasse enfrentando a situação traumática, tem sonhos repetidos com ela, revivendo-a (Freud, 1917/1976).

Em uma análise sobre as demandas contemporâneas, Celes (2003) discorre que um fator comum das psicanálises nessa conjuntura é a ideia do trabalho da alteridade. A manutenção de quadros, como os estados-limite, ocorre tanto pela desconsideração do outro, quanto por sua inadequada, insuficiente ou ausente constituição. Desse modo, as

transferências podem operar no sentido de oferecer espaço para trabalho de elaboração dos limites, de limites transferenciais e da instituição da “alteridade como presença irreduzível” (Celes, 2003, p. 19).

Tendo delineado alguns esboços de problemáticas da clínica contemporânea, a elasticidade teórica, clínica e conceitual emerge como resposta a esses desafios à clínica psicanalítica, de maneira a englobar acontecimentos decorrentes de mudanças culturais (Saviotto, Figueiredo & Souza, 2013). Ainda, para além dessa elasticidade, trata-se de um modo de ser e de estar presente clínicos, o que Roussillon (2019) descreve como “estado de espírito” (p. 51), de uma “atitude interna do clínico” (p. 51), que se presta a uma escuta sem dispositivo específico, deixando-se surpreender e não sendo invasivo. Bezerra Jr. (2013) debate sobre a importância de revisões conceituais, de alternativas de manejo, de diferentes enquadres e de diversificados agenciamentos no modo de presença do analista. Mais do que propor um rompimento da psicanálise contemporânea com a psicanálise padrão ou a redução de uma a outra (Celes, 2013), a proposta vai no sentido de explorar os limites teórico-clínicos e de retornar a contribuições históricas para complexificar e buscar direções para clínica atual (Bezerra Jr., 2013).

1.2 CAPS como alternativa aos desafios impostos à clínica psicanalítica “tradicional”

Com uma proposta de ampliação de dispositivos clínicos “padrão”, como consultórios particulares, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como uma alternativa de cuidado, que possuem diferentes dispositivos de atenção, além do próprio *setting* de consultório, permitindo certa elasticidade clínica. Os CAPS são serviços de saúde mental abertos e comunitários, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (Brasil, 2004). São instituições que foram criadas no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) com o intuito de substituir internações hospitalares, que têm como princípio norteador

a superação dos manicômios, tanto físicos, como simbólicos (Lobosque, 2001), e que podem contar com escuta psicanalítica em seu trabalho.

A conjuntura da RPB, na qual os CAPS estão inseridos, teve seu início na segunda metade da década de 1970 e se constituiu como um processo histórico de críticas à psiquiatria clássica e de suas instituições, como também de proposições que transformassem as práticas e saberes vigentes em tal momento (Amarante, 2013). A cidadania é o valor orientador da RPB, que compõe um campo heterogêneo envolvendo não apenas a clínica, mas as esferas política, social, cultural e jurídica (Tenório, 2001). Em sua faceta clínica – considerando a clínica como o principal dispositivo criado para se relacionar com a loucura –, na década de 1980, iniciaram-se as primeiras experiências dos CAPS, como instituições que arquitetaram novas formas de cuidado em saúde mental (Tenório, 2001), pautadas nos princípios da RPB.

Sendo assim, os CAPS possibilitaram uma ampliação dos cuidados em saúde mental, seja em termos de intensidade – ofertando o atendimento-dia, em que os usuários do serviço podem frequentá-lo, se preciso, todos os dias, o dia inteiro –; seja no quesito de diversidade – propondo diferentes atividades terapêuticas e uma equipe multiprofissional de cuidado (Tenório, 2001). Segundo o autor, a ideia subjacente à proposta é de fornecer ao usuário uma heterogeneidade de profissionais e de atividades para que ele possa se vincular e se engajar, respectivamente.

O trabalho nos CAPS se pauta em uma clínica ampliada (Brasil, 2009), na qual várias abordagens são integradas para buscar um manejo em saúde que seja transdisciplinar e multiprofissional. Os eixos que compõem essa clínica são: (i) uma compreensão alargada do processo saúde-doença, que não privilegie um conhecimento em detrimento de outro; (ii) uma construção conjunta de diagnósticos e terapêuticas, na qual a equipe de saúde compartilha ambos os processos, considerando a complexidade clínica; (iii) uma ampliação do objeto de trabalho, em que as pessoas estejam no centro, e não os procedimentos e

diagnósticos, e os profissionais se responsabilizem pelo cuidado e atenção integral, indo também na contramão da excessiva especialização de profissionais; (iv) uma transformação contínua dos instrumentos de trabalho para permitir a comunicação transversal e o compartilhamento na equipe; (v) um suporte para os profissionais de saúde para que eles possam lidar com suas dificuldades.

Por definição, os CAPS são “um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Brasil, 2004, p. 13). Se, por um lado, a orientação do manual do CAPS, divulgado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), indica que os CAPS são espaços de referência e tratamento para as psicoses, ela especifica que a neurose deve ser grave para ser contemplada pelos serviços, o que Braga (2012) problematiza em sua dissertação. Cabe então a cada instituição a definição do que seria “grave”, o que parece gerar certo embaraço na equipe dos serviços.

Nesta dissertação, optamos por utilizar a nomenclatura “neuroses graves” para nos referirmos a esses casos que têm imposto dificuldades à clínica vigente no contexto de pesquisa, isto é, os quadros de sofrimento contemporâneos desenvolvidos no item 1.1 deste capítulo. Desse modo, tomamos essa nomenclatura para considerarmos: casos-limite, casos ditos difíceis, casos com problemáticas narcísico-identitárias, quadros de histeria grave e quadros *borderline*. Apesar de utilizarmos o termo “neuroses graves” para delimitar o campo desta dissertação, não nos detivemos estritamente a um enfoque psicopatológico, que preconiza uma perspectiva diagnóstica. Por um lado, é um termo que funciona como conceito operador, por estar presente na publicação mencionada do Ministério da Saúde e que demarca uma temática de estudo; por outro lado, ampliamos seus sentidos pela quantidade de quadros diferentes ora indicados que podem se inserir nesse diagnóstico e pelas outras problemáticas

que vão além do diagnóstico e que dizem respeito às dificuldades encontradas no serviço e na clínica psicanalítica.

A seguinte menção do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) fornece outra compreensão acerca do público a ser contemplado pelos CAPS que, ao mesmo tempo em que amplia para além de diagnósticos quem pode ser atendido pelo serviço, também delimita a intensidade do sofrimento e os impedimentos decorrentes dele: “as pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. (...)” (p. 15). Essa caracterização de usuários que podem frequentar os CAPS circunscrevem os quadros, nesta dissertação, estudados, fornecendo um guia para nossa atenção no sentido de não nos atermos exclusivamente à diagnóstica.

A despeito dos CAPS serem um espaço potencial para atendimento de usuários com sofrimento intenso não psicótico, como é o caso das neuroses graves, esses quadros não impõem apenas dificuldades diagnósticas já mencionadas com relação ao acolhimento e à permanência de usuários nos serviços, mas também incitam outras questões ao cuidado ofertado pela equipe.

Cassorla (2013) indica que um dos impasses de equipes de saúde com frequentadores do serviço, compreendidos como *borderline*, concerne à atuação de usuários que, no lugar de se recordarem de conflitos recalcados, eles os expressam por meio da ação, de repetições (Freud, 1914/1996). Em direção semelhante, Roussillon (2012) defende que há certa linguagem do ato em casos com problemáticas narcísico-identitárias, em que no lugar de uma fala que metaforiza, esses sujeitos mais nos mostram em gestos e atos do que associam por palavras (Roussillon, 2013). Em convergência com essa ideia, Pacheco-Ferreira, Mello e Verztman (2013) afirmam que, nesses casos, o funcionamento psíquico é tomado pelo ato e pelo impasse na elaboração do afeto em pensamento. Esse obstáculo na função do pensamento se conecta ao paradoxo experienciado nos casos-limite de um colapso passado

que ocorreu, mas não foi apropriado subjetivamente, integrado, ou seja, que ao mesmo tempo em que ocorreu, não ocorreu por não ter um lugar psíquico (Pacheco-Ferreira, Mello & Verztman, 2013).

No cenário desses serviços de saúde mental, a atuação passa a ser vista como um impedimento ao tratamento e quem o faz é acusado de “atuador”, culminando, em algumas ocasiões, em um maltrato advindo da equipe (Cassorla, 2013). O fato de grande parte das atividades de um CAPS estarem voltadas às oficinas terapêuticas (Brasil, 2004) também é um elemento que pode complexificar o manejo de ocasiões em que atuações ocorram durante os grupos.

Alguns autores, em uma perspectiva psicanalítica, apontam para uma direção de entendimento contrária à noção da atuação como um aspecto negativo no que se refere ao cuidado em saúde mental. Cassorla (2013) e Gus (2007) sugerem que o ato pode ser um recurso para escuta e ação terapêutica, uma vez que ele constitui um modo de comunicar o sofrimento. Na mesma linha, Roussillon (2012) propõe a integração à associação livre do que é mostrado em ato, lembrando que era o que Freud fazia desde seu atendimento às históricas, escutando as manifestações corporais que se apresentavam. Para esse autor, deve-se levar em conta na transferência a comunicação mimo-gesto-postural, a teoria da associatividade polimorfa e escuta polifônica, isto é, uma associatividade e uma escuta que vão para além da palavra, incluindo outras formas de comunicação, ideia presente em Freud, e a dimensão do corpo do psicanalista como um corpo interpretante.

Em linha semelhante com os autores supramencionados, Barbosa (2013) discorre que essa repetição mostrada no corpo se constitui como uma outra forma de comunicação, em que se é possível reconhecer partículas mnésicas patogênicas e, portanto, é uma oportunidade para o analista intervir, traduzindo o que se repete em gesto para palavra. Ademais, como anteriormente desenvolvido, no item 1.1 deste capítulo, a atuação pode ser oriunda da

instabilidade do duplo limite e à substituição do intrapsíquico pelo intersubjetivo, quando se refere a casos-limite (Green, 2017) e, em vista disso, há a possibilidade de um trabalho de pensamento, por exemplo.

Outra problemática que alguns autores (Pacheco-Ferreira, Mello e Verztman, 2013; Candi, 2017; Silva, 2018) destacam como tendo algumas particularidades, em quadros contemporâneos, para as quais é preciso atenção, diz respeito à dimensão da contratransferência. Silva (2018), em uma perspectiva de atuação multiprofissional em serviços de saúde mental, aponta que sujeitos diagnosticados nos serviços como personalidades *borderline* tendem a mobilizar a contratransferência pelo aspecto de seu sofrimento ser situado em desafios profundamente relativos à existência humana, ampliando os próprios sentimentos vivenciados pelos profissionais. Desse modo, podemos entender que a intensidade da experiência em tais casos pode gerar resistência na equipe que cuida, justamente por mobilizar tais aspectos e porque os profissionais podem tomar pessoalmente a agressividade ou ataques, por exemplo.

Ademais, outros impasses nos serviços de saúde com sujeitos com diagnósticos de personalidade *borderline* se referem ao estigma que foi historicamente associado a esses casos (Silva, 2018). Silva (2018) descreve como a equipe de saúde mental associa esses quadros a pessoas carentes e muito emocionais, à intratabilidade e à evocação de emoções e reações desagradáveis nos profissionais. Esse autor relata que a descrição desses sujeitos feita por médicos sobre o tratamento e prognóstico tende a ser desesperançosa e que frequentemente há uma acusação de que são sujeitos manipuladores. Ring e Lawn (2019), ao desenvolverem um estudo sobre o estigma de sujeitos diagnosticados como *borderline*, também discutem que os pacientes são chamados de problemáticos ou de manipuladores quando criticam o tratamento. O outro lado da situação que Silva (2018) nos leva a refletir é que a imprevisibilidade terapêutica e prognóstica, que profissionais relacionam a esses casos,

pode ocasionar angústia e impotência à própria equipe de saúde. Portanto, por serem casos que levam os profissionais a se depararem com suas próprias limitações, os sujeitos são denominados “difíceis” e, por vezes, acabam sendo desassistidos.

Para finalizar este item, em uma perspectiva crítica à abordagem de sujeitos tidos como difíceis nos serviços de saúde mental, Dall Agnol, Meazza, Guimarães, Vendruscolo e Testoni (2019), ao retratarem o cenário de internação de hospitais gerais, defendem que a sintomatologia identificada como impulsividade, instabilidade em relacionamentos, na autoimagem e em afetos são maneiras de fazer notar o sofrimento que, acrescentamos, acaba por não ser reconhecido por sua forma de expressão. O preconceito, a falta de conhecimento e o despreparo de profissionais passam a ser elementos desfavoráveis ao cuidado nesses casos (Dall Agnol *et al.*, 2019), prejudicando a busca por um melhor trabalho e cuidado, proposta assumida por esta dissertação.

Capítulo 2: Direção do cuidado

Neste capítulo, abordamos aspectos relativos à direção do cuidado nos casos de neuroses graves, apontando elementos sobre o manejo e a transferência e, em seguida, apresentamos as potencialidades do teatro e cinema para o campo da saúde mental.

2.1 Manejo e transferência em neuroses graves

Tendo traçado algumas problemáticas da clínica contemporânea e apresentado os CAPS como uma alternativa aos desafios impostos à clínica psicanalítica “tradicional”, mas também enfrentando outros impasses no cuidado nos quadros de neuroses graves (compreendendo casos-limite, quadros *borderline*, histeria grave, “casos difíceis” e problemáticas narcísico-identitárias), neste item, propomo-nos a pensar a direção do cuidado em tais situações, considerando eventuais particularidades no manejo e na transferência.

Haja vista que a clínica dos casos-limite enfrenta como problemática a instabilidade de limites, que se associa a aspectos relativos ao pensamento, ela demanda, em contrapartida, um trabalho de pensamento do analista (Green, 2017). Roussillon (2013), de maneira correlata, aponta para o fato de que, em sofrimentos narcísico-identitários, como podemos de certa maneira relacionar com os casos-limite, há alguns obstáculos no processo inicial de simbolização. Por essa razão, pelo ato do pensar exigir muito esforço e ser muito doloroso nesses casos, a associação livre enfrenta certos entraves em uma análise. Logo, um caminho proposto por Green (2017) é de que o analista adie interpretações e se deixe perder em termos de compreensão do material que o analisante traz para que emergja uma intervenção “impensável”.

Green (2017) chama atenção para o objetivo paradoxal dos pensamentos que, nos casos-limite, mostram-se nebulosos. Em uma relação que aparenta ser fusional com o analista, o sujeito nem precisaria falar, pois o analista já o entenderia; paralelamente, assim,

seus pensamentos se tornam inacessíveis ao analista. De outro modo, pode haver por parte do analisante uma sofisticação do pensamento gerador da confusão para que ele se torne indecifrável, inacessível ao analista, protegido pela linguagem.

A interrupção da associação em uma análise com casos-limite pode se relacionar não ao recalque, à ameaça de uma representação indesejável, mas à suspensão da atividade psíquica. A fala suspensa advém como um pedido urgente ao analista para que o espaço psíquico seja preenchido, uma vez que o sujeito se sente ameaçado pelo vazio ou pela intrusão de uma pulsão (Green, 2017). Além dos pensamentos nebulosos, pode haver um branco do pensamento, um pensamento sem conteúdo, comunicado como representação da falta de representação, que é vivenciada como ameaçadora por dar abertura à intrusão de pulsões (Green, 2017). Sobre a posição do analista, o autor expõe que não se deve compreender demais o que está sendo comunicado, realizando um trabalho de alucinação negativa, em que o analista não representa, nem busca descobrir ligações do material comunicado como condição para o surgimento de uma interpretação “impensável”.

Para Roussillon (2013), a clínica de sujeitos com sofrimentos narcísico-identitários é constituída por vivências ameaçadoras do aparelho psíquico. Tais vivências parecem ser encontradas na clínica dos casos-limite, no sentido de repetições que podem ocorrer na relação com o analista de experiências passadas, em que o excesso traumático de situações insatisfatórias não foi integrado. Roussillon (2013) indica a “conversação psicanalítica” como uma possível alternativa de atuação, em que o horizonte do trabalho seja o desenvolvimento no analisante da capacidade de associar livremente e de redescobrir o sonhar.

Além do horizonte da associatividade, Roussillon (2013) discute que outra direção do cuidado, que podemos transpor para esses casos, gira em torno do aumento da reflexividade a partir de três formulações de se relacionar consigo e com o outro, que objetivam integrar a vida pulsional: a capacidade de sentir e de se sentir, de ver e de se ver e de ouvir e de se

ouvir. Ao analista, cabe ter atenção para o que o sujeito não sente a respeito de si, mas que o faz sentir; o que ele não vê sobre ele, mas o mostra; o que não ouve de si, mas o faz ouvir pela linguagem.

Outra perspectiva de encaminhamento nesses casos é a de Barbosa (2013), que indica, baseada em Ferenczi, uma clínica que seja orientada pelo primado do afeto. A autora expõe a divergência entre Freud e Ferenczi a respeito do trauma, em que, enquanto para o primeiro, o trauma remete à fantasia, para o segundo, ele efetivamente ocorreu. Uma ideia que ela retoma de Ferenczi é o valor que a repetição tem em sua teoria, que concerne à memória não verbal, inscrita no corpo e sua conseqüente encenação. Assim como Roussillon (2012) apresenta, a autora afirma que a repetição mostrada no corpo é uma forma de comunicação, em que se é possível reconhecer partículas mnésicas patogênicas. A intervenção do psicanalista deve ser no sentido de traduzir o que se repete em gesto para palavra. Barbosa (2013) também explora a noção de transferência como devir como uma possibilidade de *setting*, em que a proposta para o analista é de mapear os afetos do analisante e se deixar ser conduzido por eles, de maneira a produzir uma cartografia desses afetos. Sendo assim, em um mesmo caso, múltiplas técnicas podem ser utilizadas a depender do momento, em razão de que é a “capacidade do analista sentir com o paciente” (Barbosa, 2013, p. 201), isto é, sua sensibilidade, que permite a elasticidade da técnica e um manejo mais adequado a cada situação.

Em direção semelhante à de Barbosa (2013), Pacheco-Ferreira, Mello e Verztman (2013) descrevem o afeto e a angústia do analisante como o que alinha o discurso a casos em que o funcionamento psíquico é tomado pelo ato e pelo impasse na elaboração do afeto em pensamento. Esse embaraço na função do pensamento se conecta ao paradoxo experienciado nos casos-limite de um colapso passado que ocorreu, mas não foi apropriado subjetivamente, integrado, ou seja, que ao mesmo tempo em que ocorreu, não ocorreu, por não ter um lugar

psíquico. A transferência nesses casos, por seu turno, entra em cena não como deslocamento, mas como retorno dessa experiência não integrada e, portanto, é crucial a atenção à contratransferência, de maneira que o modo como o analista é afetado guiará sua intervenção.

Ademais, os autores supracitados discutem que, diversamente de se utilizar da interpretação do desejo inconsciente em uma primeira ocasião, é preciso atenção à dimensão do *setting* como função de conter e de suportar intensidades para poder transformá-las. Eles justificam o adiamento da interpretação pela ideia de que é preciso haver uma mínima trama desejante para que esse tipo de intervenção tenha espaço. Fundamentando-se em Winnicott, Pacheco-Ferreira, Mello e Verztman (2013) atentam para a relevância de perceber os movimentos contratransferenciais desencadeados no analista e recomendam que as intervenções advenham no sentido de ligar farrapos do discurso, de maneira imaginativa, com vistas a realizar uma costura temporal e sintética, muitas vezes, do irrepresentado. Essa concepção se liga à noção de construção em Freud (1937/2006) e tem o intuito de criar uma narrativa de si, uma autoria. Parece se tratar de intervenções que se direcionam menos a um teor analítico, “de desmontagem” e de interpretação do desejo, do que sintético, e que favorecem o surgimento do desejo.

Um ponto discutido por Candi (2017) é que, nos casos-limite, a lógica prevalente é a da desesperança, diferentemente da lógica da esperança, presente nas neuroses. Um desdobramento dessa vivência de desespero na clínica é a necessidade do paciente de criar desespero no analista, em diversos momentos, de sentir o analista de modo negativo, entendendo suas intervenções como ataques, isto é, havendo uma reação terapêutica negativa. A autora defende que a resposta para essas ocasiões deve ser, em vez de buscar tranquilizar o analisante, intervir no sentido de dar a maior prova do amor de transferência, que é o analista sobreviver ao ódio, a ataques e dar continuidade ao processo. Assim como Pacheco-Ferreira,

Mello e Verztman (2013), Candi (2017) entende que a manutenção do *setting* e a sobrevivência do analista é fator crucial.

A ótica dos vértices da clínica psicanalítica, discutidos por Figueiredo (2012), também parece ser um caminho fecundo para pensar a elasticidade clínica nesse contexto. A partir de Bion, o autor argumenta que há uma mútua dependência de três clínicas diversas que, se exercidas de forma exclusiva, pode levar a impasses, a saber: a clínica da continência, a clínica do confronto/da frustração e a clínica da ausência. A primeira concerne ao acolhimento, sustentação, elaboração, interpretação e devolução de experiências ao analisante, de maneira a torná-las significativas e suportáveis, favorecendo a construção de sentidos. Esse é o vértice no qual se localiza o processo de *rêverie*, descrito no Capítulo 1 (acima). O segundo vértice é o da colocação de limites à fantasia de onipotência infantil; uma “clínica de identificação, enfrentamento e atravessamento das resistências” (Figueiredo, 2012, p. 9). Diferentemente de interpretações que fornecem continência, o manejo é orientado de forma que as interpretações questionam, põem em dúvida, desalojam, interpelam e introduzem a diferença, desfazendo certezas. O último vértice é o da ausência, no qual o analista se posiciona como uma “presença reservada” (Figueiredo, 2012, p. 15). Partindo de certa ignorância do analista, nessa clínica o analista se presentifica, mas em reserva, operando a instauração de vazios, relativa à experiência emocional em sua origem – “vazio infinito e sem forma” (Figueiredo, 2012, p. 21) – em sua mente e na do analisante, que permite a transformação da angústia em serenidade. Figueiredo (2012) sinaliza que pode haver a dominância de uma das clínicas tanto em configurações psicopatológicas, quanto em casos e em momentos distintos.

É pertinente lembrar que, quando levamos em conta a direção do cuidado em uma experiência analítica, compreendemos que ela não é a da busca de uma normalidade, que ofusca singularidades. Concordamos com Neves (2020) que a cura, em seu caráter universal,

é a da realização de uma experiência singular, que não se circunscreve em uma totalidade ou dentro de limites de um ideal civilizatório. Os casos-limite, de certa maneira, ao nos questionar a respeito dos limites de uma “psicanálise padrão”, na descrição de Roussillon, a que utiliza divã-poltrona alguns dias por semana, que tem o modelo do sonho e a associatividade do psiquismo como fundamentos (Celes, 2013), força-nos a expandir nossa forma de atuação e exige a consideração da radicalidade dessa realização de uma experiência singular.

2.2 Potencialidades do encontro entre teatro/cinema e saúde mental

(...) tudo o que há no amor, no crime, na guerra ou na loucura nos deve ser devolvido pelo teatro (Artaud, 2006, p. 96)

A partir das ideias da direção do cuidado nos casos de neuroses graves em centros comunitários de saúde mental, nesta seção, desenvolvemos algumas das potencialidades do encontro entre arte e saúde mental, a partir de uma perspectiva psicanalítica. Discutimos o cuidado em oficinas terapêuticas que têm o teatro e o cinema como recurso potente para as dimensões clínica e política.

Para iniciar esta discussão, introduziremos algumas noções das quais partimos. No que diz respeito às artes cênicas em suas relações com a psicanálise, Quinet (2019), em seu livro *O Inconsciente Teatral – psicanálise e teatro: homologias*, retoma a noção de *mímeses*, de Aristóteles, como uma tendência do ser humano a criar artisticamente, a ser inclinado para a arte, capaz de ser artista. Há, segundo o autor, certa propensão humana a representar o que vê, ouve, pensa, sente e sonha, ideia subjacente à de ser-para-o-teatro, que ele propõe. Não apenas parece haver certa disposição para representar, o que podemos relacionar à figura de um ator, como também de encontrar prazer nas representações teatrais, no caso de espectadores (Quinet, 2019).

Sobre tal disposição, Vivès (2020), também baseado em ideias aristotélicas, aponta que, no espetáculo trágico, pela mediação da fala das personagens, pode haver no espectador a ocorrência de um processo catártico. Vivès (2020) concorda com Freud (1942/1980) que a catarse de afetos ocorre por meio da identificação do espectador implicado com a personagem. Desse modo, os afetos de pavor e de compaixão são suscitados, tirando sua potência do fato de que eles provocam identificação, na medida em que a lógica implícita é a de que, se algo ocorre a meu semelhante, também pode ocorrer a mim. Além do processo catártico relativo ao espectador, Vivès (2020) afirma que a representação opera em ambos, o poeta e o ouvinte, e, dessa maneira, formula-se a hipótese de que, de maneira correlata, esse processo também poderá ocorrer com o ator, pela via da identificação com a personagem. O jogo teatral, portanto, tem efeitos não só no público, mas também no ator.

A fim de contextualizar as oficinas terapêuticas na conjuntura dos serviços comunitários de saúde mental, delinearemos algumas de suas múltiplas caracterizações no campo da reforma psiquiátrica. Venancio, Leal e Delgado (1997) mapearam alguns sentidos para esses dispositivos. Entre eles, um dos entendimentos é de que o fundamental nesses grupos é a criação, especialmente, a artística. Outra posição é de que a oficina é um espaço material, em que seus produtos ou serviços podem ser trocados/vendidos/publicados com/para o coletivo. Uma terceira concepção, ainda, é de que o objetivo da oficina é a produção da interação entre frequentadores, com um enfoque nas relações interpessoais.

Haja vista as considerações expostas da relação entre ser humano e capacidade de criar, de representar, e dos efeitos do teatro no espectador e no ator, parece ser fecunda a articulação entre teatro e, acrescentamos, cinema, e cuidado em oficinas terapêuticas, desde uma perspectiva psicanalítica. Depreendemos que as três caracterizações das oficinas terapêuticas envolvem pelo menos duas dimensões, a clínica e a política. Logo, discorreremos sobre alguns pontos acerca de cada uma delas que, apesar de serem

necessariamente entrelaçadas, para fins desse trabalho, o debate sobre elas foi realizado separadamente. A primeira consiste, entre outros elementos, na possibilidade de representar como meio de simbolização e de comunicação e a própria concepção de catarse implicada no jogo teatral e seus envolvidos. As propostas de Quinet (2019) de considerar o teatro como inconsciente em cena e o inconsciente estruturado como um teatro podem ser vias indicativas para desdobramento dessa dimensão. Já a segunda engloba aspectos importantes da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, como a possibilidade da transformação das representações sociais da loucura pelo teatro e cinema, mudança impulsionada pela participação midiática antimanicomial, baseando-nos na experiência de Trieste (Pacheco, 2009).

2.2.1 Dimensão clínica

Para iniciar a discussão sobre a dimensão clínica envolvendo teatro, cinema, psicanálise e o cuidado em neuroses graves nos serviços comunitários de saúde mental, é fundamental lançar mão da noção de cuidado que, de acordo com Figueiredo (2007), é o que nos permite sobreviver desde um primeiro momento de desamparo e que pode consistir, em momento posterior, em atividades exercidas por profissionais da área da saúde. Nesse panorama, tratar do cuidado em saúde mental tem como implicação que as oficinas terapêuticas sejam configuradas como um espaço de segurança para experimentações.

Mota (2013), em sua argumentação, baseada em Winnicott, apresenta o pensamento do “teatro como palco para o *self*” (p. 177). Nesse sentido, a autora expõe que um campo de experimentação teatral seguro pode favorecer alguns processos clínicos importantes, como o *holding*⁶ (Winnicott, 1952/1958), um ambiente de transicionalidade e a sustentação do brincar (Winnicott, 1971/1992). A arte e suas linguagens podem fornecer, portanto, instrumentos que compõem um papel facilitador de tal espaço.

⁶ Função ambiental, que se refere à sustentação física/corporal do bebê e a sua “provisão ambiental total” (Winnicott, 1952/1958, p. 44).

Sobre a transicionalidade, mais especificamente, Mota (2013) defende ser, em conjunto com o brincar, que é uma de suas expressões, compreensões potentes no cuidado em saúde mental. Ela consiste em um espaço potencial entre eu e outro, logo, relacional, ancorada em um paradoxo de união/separação pensada em termos da vivência da relação mãe (primeiros cuidadores) e bebê (Winnicott, 1971/1992). Esse paradoxo deve ser sustentado como condição para que o espaço potencial se desenvolva, em razão de que é, pela paulatina separação da mãe, com a mediação de fenômenos transicionais, que a mãe ausente pode começar a ser vivenciada como presente em sua ausência. O teatro pode ser um ambiente transicional, de maneira a oferecer a possibilidade de experimentação da convivência simultânea entre realidade e fantasia, sem que haja qualquer julgamento, quando ele permite a criação de espaços potenciais de experimentações, oportunizando que eles se alarguem. Segundo Mota (2013), trata-se de um espaço que, ao mesmo tempo que é familiar, proporciona uma abertura à novidade. No caso de sofrimento psíquico grave, como as neuroses graves, há certa dificuldade de trânsito envolvendo a união/separação com o outro, o dentro e o fora, que pode ser trabalhada nesses lugares que o teatro pode ofertar (Mota, 2013).

Outro aspecto relevante desse encontro entre teatro e cinema, psicanálise e saúde mental, refere-se à comunicação. Roussillon (2012) debate, como anteriormente explicitado, a necessidade de ampliarmos nossa escuta psicanalítica para as mais diversas formas de comunicação de sofrimento. A arte sensível como instrumento balizador de comunicações (Brett, 2002), nesse cenário, é um meio profícuo de expansão da escuta, além de favorecer um aumento no repertório de linguagens.

A formulação de Quinet (2019) acerca do teatro como inconsciente em cena, ou o inconsciente estruturado como o teatro, apresentada no item 2.2, pode ter importantes entrelaçamentos com a dimensão clínica do teatro e cinema nas oficinas terapêuticas. Tanto

as identificações entre espectador e ator, quanto as identificações entre ator e personagem, oriundas da hipótese de Vivès (2020), mencionada anteriormente, em alguma medida, parecem confluir com a caracterização de Brett (2002) de que, na arte, a costura entre o que é físico e o que é metafórico na vivência de ambos ator e espectador ampliam a percepção dos envolvidos e de seus porvires. Nesse sentido, as três elaborações se remetem às afetações e seus efeitos potencialmente transformadores que ocorrem em todas as direções no jogo teatral.

Quinet (2019) explica que a catarse de afetos envolvendo espectadores e atores se relaciona com o fato de que o inconsciente do ator, de alguma maneira, toca o inconsciente do espectador. Quando se leva em consideração o teatro e o cinema realizados por sujeitos em intenso sofrimento, como o caso de neuroses graves, ou ainda, marginalizados, essa aproximação inconsciente pode ter consequências importantes tanto para a dimensão clínica, quanto para a política, anteriormente esboçada.

Clinicamente, o compartilhamento de um delírio, por exemplo, – e mesmo de quaisquer outras produções subjetivas – pode ter repercussões no reconhecimento pelo Outro do delírio do sujeito, constituindo-se como a passagem de mensagens desses sujeitos ao âmbito público e a promoção de acesso ao laço social (Julien, 1999). Além disso, politicamente, a presença do “inconsciente a céu aberto” (Lacan, 1981/2017) no teatro e no cinema e, por conseguinte, a oportunidade de que ele toque o inconsciente de quem assiste ressoam na acepção de Tania Rivera (2021) de “fazer a imagem cinematográfica delirar”, favorecendo o encontro de modos de ser e a possibilidade de identificação com essas outras lógicas invisibilizadas. O delírio compartilhado, em alguma medida, pode se tornar um objeto cultural coletivo, de potência cultural estética.

Nas oficinas, a dinâmica grupal de produção criativa proporciona certa coletivização da experiência, o que Brett (2002) retoma, ao se remeter ao trabalho de Lygia Clark, sobre a

construção de um “corpo coletivo” (p. 21). Nessa acepção, a vivência de cada membro do grupo é condicionada à vivência do coletivo, o que pode auxiliar na continência de intensidades individuais eventualmente presentes em experiências de fragmentação do corpo (Brett, 2002).

O teatro da crueldade, concebido por Antonin Artaud (Quinet, 2019), também apresenta relações entre o teatro, a loucura, o espectador e seus efeitos. O dramaturgo retoma a tragicidade do teatro, introduzindo o Real impossível no teatro: o impossível de suportar e de representar e, se podemos acrescentar, um impossível necessário. O sadismo presente no teatro é entendido como oriundo da crueldade do Outro vivida pela personagem, logo, os desencontros, frustrações e excessos das coisas da vida exercidas sobre nós. O ator experiencia esse movimento pulsional com seu corpo e o protagonista é tanto objeto, vítima, quanto sujeito desejante, rebelde que tenta modificar o curso de seu destino e de seu desejo (Quinet, 2019). Nesse teatro, é preciso que o espectador seja provocado em seu organismo, de maneira visceral, para movimentar suas paixões. Em um serviço de saúde mental, além de outros efeitos significativos, pode haver impactos importantes o fato de frequentadores com sofrimentos tão intensos disporem da oportunidade de expressar e, mesmo, simbolizar, por meio jogos teatrais em um campo seguro, vivências, por vezes, tão carregadas de violência, como a das internações manicomiais, e, em paralelo, imaginar saídas para tamanha brutalidade.

Mais uma significativa potência do teatro da crueldade é sua faceta ligada à pulsão de morte. Conforme Quinet (2019), sendo um teatro do gozo do espectador, as pulsões nele tocadas competem à pulsão de morte que, para além de seu aspecto de destruição, exprime um fator de criação, consistindo no “motor da arte” (Quinet, 2019, p. 68). Essa é a condição da criação de algo novo, advinda do nada, como de *das Ding* (Lacan, 1959-1960/1997), que diz de uma vontade de recomeçar engatilhada pela violência encenada que desperta.

Para finalizar a dimensão clínica, a partir das leituras acerca das associações entre teatro e cinema, psicanálise e saúde mental, parece haver, pelo menos duas posições, as quais propomos que as entendamos em um movimento dialético. Por um lado, o teatro pode ter uma função de integração para o sujeito fragmentado, operando com continência e favorecendo certa estruturação subjetiva, como bem aponta o trabalho de Lygia Clark. Por outro lado, determinada dessubjetivização do artista permite o nascimento da obra de arte, de maneira que ele evanesce e se faz obra de arte, como Quinet (2019) analisa a obra de Torquato Neto. Desse ângulo, o impossível não como o que não pode existir, mas como o que em uma dada situação não podia ganhar corpo, realizar-se (Safatle, 2020), pode ser colocado em cena, em *ato*.

2.2.2 Dimensão política

Ao nos questionarmos sobre o porquê fazer teatro e cinema em um centro comunitário de saúde mental, retomamos a referência de Rivera (2021) ao trabalho de Fernand Deligny com cinema e adolescentes ditos delinquentes, marginalizados, fornecendo algumas indicações de possíveis encaminhamentos de respostas. Rivera (2020) descreve que Fernand Deligny relatava ser impossível adaptar esses adolescentes à realidade e, logo, a realidade é que deveria se adaptar a eles. Nessa experiência, eram disponibilizadas câmeras para que os adolescentes criassem filmes. A psicanalista destaca que o que estava em jogo nos filmes produzidos não era *sobre* a vida desses adolescentes, mas o próprio ponto de vista construído *por eles*, a forma como eles viam a vida. O ponto crucial dessa diferença é uma operação que, no lugar de mostrar certa realidade, a realidade mesma é questionada; o olhar hegemônico, de poder e naturalizado é posto em questão desde uma outra ótica. Rivera (2021) propôs a fragmentação do dispositivo do Olhar em uma organização de sociedade em que algumas pessoas são vistas, enquanto outras são invisibilizadas, como no caso desses adolescentes.

Assim, pelo cinema, torna-se possível fraturar certas estruturas de poder que estabelecem pela imagem quem pode e deve ser visto, em detrimento dos marginalizados.

De modo semelhante, no campo da saúde mental, certa estrutura de poder pode ser destruída diante de outras lógicas cinematográficas (Rivera, 2021). A experiência de desinstitucionalização de Trieste é exemplo de tal subversão. A mudança cultural ocorrida na Itália nos anos 70-80, conduzida pela reforma psiquiátrica por uma sociedade antimanicomial, teve como parte integrante transformações no campo artístico e midiático. Sade (2014, p. 106) relatou o seguinte episódio que traz indícios de como essa mudança ocorreu: “Assisti a um filme, aqui na Itália, em que a mãe dizia à filha: ‘Se você continuar fazendo isso, vou colocar você num hospício!’ . E um senhor que estava próximo disse: ‘Você não pode, porque os hospícios não existem mais!’”.

O caso explicitado parece concernir ao enfoque de documentar, ou encenar, preceitos da reforma psiquiátrica. Para além da representação de uma realidade antimanicomial, entretanto, Tania Rivera sugere “fazer a imagem cinematográfica delirar”, dando visibilidade a ângulos (d)e sujeitos invisibilizados. A aposta é de que as lentes da câmera desde a perspectiva do sujeito que delira, por exemplo, são capazes de trazer para o cinema uma outra lógica, seja ela fragmentada ou esquizofrênica, mas que, pela desnaturalização da janela do cinema a partir de outro olhar, torna-se capaz de quebrar relações de poder. A psicanalista ainda propôs que refaçamos com mãos coletivas a imagem das telas de maneira a dispormos nela nossa marca, podendo então fornecer aberturas para construção de outras realidades. Em uma tela fragmentada seria, portanto, possível deixar pessoas e desejos passarem para algo em conjunto ser confeccionado. Essa ideia é convergente com a proposição de Lula Wanderley (2002) de que o artista é espectador de sua arte e o espectador é artista da arte alheia, sendo, portanto, a arte relacional, e de Lygia Clark que, com seu trabalho, buscava

maneiras de fazer da arte algo aberto, que oferecesse abertura para quem olha e vê (Brett, 2002).

Nessa mesma linha de compreensão, podemos pensar no cinema como passível de revolucionar o discurso, dizendo, inclusive, o indizível. O discurso em pauta a ser subvertido, na saúde mental, gira em torno do fenômeno da loucura na sociedade. É importante lembrar como é necessária uma política de memória de Estado, uma vez que é preciso revisitar a memória para não repetirmos os erros (Slavutsky & Sousa, 2021). Ambas as ideias em conjugação com o teatro e o cinema podem ser entrelaçadas de modo a propormo-nos revolucionar o discurso da loucura por meio de uma política de memória de Estado que uma de suas estratégias vise lançar mão dessas criações artísticas que têm efeitos nos espectadores, podendo transformá-los também em testemunhas de outros olhares, de outros textos e de outras vidas. Sendo assim, abrem-se fendas que intentem modificar a concepção de loucura da sociedade, ocasionando o fechamento de manicômios, com vistas à desmanicomialização da sociedade.

Capítulo 3: Método

Esta dissertação se insere no campo da psicanálise que é, segundo Freud (1923/1996), uma via para a investigação de processos inconscientes, um método de tratamento e um conjunto de informações psicológicas que advêm dessas duas linhas. No que se refere à terceira concepção, mais direcionada à pesquisa, Figueiredo e Minerbo (2006) afirmam que a psicanálise se propõe a expandir e reformular constantemente conhecimentos sobre seu objeto. As bases epistêmicas e metodológicas de uma pesquisa com o método psicanalítico são orientadas pela “ética da psicanálise” (Poli, 2005, p. 43).

Sobre a relação entre sujeito e objeto na pesquisa psicanalítica, trata-se da negação do dado imediato e criação de um novo objeto, construído por uma leitura em sua dimensão de trabalho, que potencialize continuamente novas significações (Mezan, 1995), fazendo parte de tal trabalho o desejo do pesquisador. Figueiredo e Minerbo (2006) explicam que há certa entrega do ‘pesquisador’ ao ‘objeto’, deixando-se fazer por ele, ao mesmo tempo que o constrói, avançando em elaborações e descobertas (Figueiredo & Minerbo, 2006). Para esses autores, é um movimento de pesquisar com o método psicanalítico que constitui e transforma “objetos”, “pesquisadores” e “meios de investigação” durante o processo.

Dessa maneira, o método se constrói ao longo da pesquisa como um caminho provisório de investigação de uma questão (Furlan, 2008), de modo que “é a teoria, o objeto e o objetivo que definem qual é o método mais adequado à pesquisa” (Rosa & Domingues, 2010, p. 180). A proposta metodológica adotada por esta dissertação, no intuito de desenvolver seus objetivos, foi uma análise psicanalítica sobre as possibilidades pelas quais podemos conduzir o cuidado das “neuroses graves” em um serviço de saúde mental.

A referida análise foi baseada em uma abordagem qualitativa e exploratória, conforme Demo (2006), uma vez que estaremos diante de um “campo-sujeito-objeto marcado por

tessituras intensas, profundas, não-lineares da convivência e da comunicação humanas” (p. 51). Esse “campo-sujeito-objeto” teve como fundamento entrevistas semiestruturadas com psicólogos envolvidos com psicanálise e saúde mental, em articulação com as reflexões da pesquisadora sobre suas vivências clínicas e estudos teóricos. Portanto, percorremos um caminho que partiu da clínica para a pesquisa, em um “exercício de confrontação e tensionamento dialéticos” (Ferreira, 2017, p. 9) entre a experiência clínica da pesquisadora no CAPS, as entrevistas com profissionais e estudos teóricos, sendo a escuta o fio que conduziu a pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas, de caráter exploratório, foram realizadas no intento de compreender a perspectiva de profissionais de saúde mental acerca do que eles entendem como possibilidades de cuidado no caso de neuroses graves em dispositivos comunitários de saúde mental. Lima, Almeida e Lima (1999) discorrem sobre essa estratégia metodológica, relatando que ela viabiliza que o entrevistado exponha suas experiências a partir de perguntas norteadoras feitas pela pesquisadora, também dispondo de momentos livres para conversas espontâneas.

Desse modo, três psicólogos que trabalham no CAPS II do Paranoá, e uma psicóloga, que supervisiona estágios em diversos CAPS do DF, incluindo o CAPS II do Paranoá, todos com percurso em psicanálise, foram entrevistados. O critério de seleção desses profissionais foi que eles estivessem envolvidos de alguma maneira com o CAPS em questão e que fossem psicólogos com percurso em psicanálise. Portanto, todos os psicólogos com esses requisitos que trabalham no CAPS II do Paranoá foram entrevistados e um deles indicou que fosse realizada entrevista com a psicóloga supervisora de estágios em serviços tipo CAPS, que também cumpria os requisitos acima indicados. As entrevistas foram realizadas individualmente e no local de escolha do participante e duraram entre 50 minutos e duas horas. Foi apresentado e entregue aos profissionais o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE⁷) para garantia de participação livre e consentida, que foi lido assinado pelos participantes para consecução das entrevistas.

A análise do trabalho foi pautada na escuta e transferência da pesquisadora com o texto (Rosa & Domingues, 2010) – composto pelas transcrições das entrevistas semiestruturadas e por reflexões clínicas de vivências da pesquisadora –, e foi utilizada a proposta de Thompson (1995), reinterpretada por Demo (2006), da hermenêutica de profundidade. Tal proposição envolve três dimensões de análise, a saber, (i) análise socio-histórica; (ii) análise formal ou discursiva; e (iii) interpretação/reinterpretação. A primeira visa “reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (Demo, 2006, p. 38) que, neste estudo, abarcou uma análise socio-histórica do cenário do CAPS pesquisado. Já a análise formal ou discursiva busca decompor em partes uma forma simbólica, investigando a gramática estrutural envolvida nela, ou seja, neste trabalho, analisamos psicanaliticamente as informações e reflexões clínicas das vivências da pesquisadora e das entrevistas, buscando desconstruí-las. Na terceira fase de análise, a ideia é de produzir uma síntese que relacione as duas análises anteriores, a partir do olhar da pesquisadora, na intenção de construir novas significações.

⁷ Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com seu respectivo TCLE. O número de aprovação do projeto fornecido pelo CEP é 5.146.666.

Capítulo 4: Análise a partir da hermenêutica da profundidade

Neste capítulo, analisamos as entrevistas semiestruturadas e reflexões originadas da vivência da pesquisadora no serviço a partir da hermenêutica da profundidade, proposta por Thompson (1995) e reinterpretada por Demo (2006), em suas três etapas: análise socio-histórica; (ii) análise formal ou discursiva; e (iii) interpretação/reinterpretação.

4.1 Análise socio-histórica

Esta análise constitui uma contextualização do campo de pesquisa em diferentes níveis, partindo do entendimento de que as condições sociais nas quais são produzidas trocas simbólicas podem ser reconstituídas por meio do resgate do tempo e espaço em que determinada situação ocorreu (Veronese & Guareschi, 2006). Resende e Costa (2015) salientam que esta etapa é essencial à pesquisa, no sentido de que as informações construídas não estão localizadas em um vácuo e, portanto, sua contextualização favorece reflexões mais articuladas à realidade local e comprometidas com a mudança social. Assim sendo, foi realizada uma análise socio-histórica acerca do campo da saúde mental no Brasil, no DF e do CAPS pesquisado.

Em primeiro lugar, é imprescindível retomar os graves retrocessos sofridos pela reforma psiquiátrica no Brasil nos últimos anos. O artigo de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) retrata o panorama de desmonte da política nacional de saúde mental brasileira no período que compreende entre 2016 e 2019, por meio da análise de diversos documentos normativos. O modelo de cuidado baseado na liberdade, respeito e autonomia, proposto pela reforma, que vinha avançando por mais de 30 anos, foi interrompido em 2016. Um marco do início desse retrocesso foi a Emenda Constitucional 95/2016 (Brasil, 2016) de congelamento de recursos repassados, entre outras políticas sociais, à saúde, que culminou em 2019 na Nota

Técnica 11/2019 (Brasil, 2019), do Ministério da Saúde, pretendendo renomear a política até então estabelecida como “Nova Política Nacional de Saúde Mental”.

Tal contrarreforma psiquiátrica, como Lima (2019) intitulou, é definida, entre outros elementos: pelo incentivo à internação psiquiátrica, endossando a necessidade de aumento de número de leitos psiquiátricos e não mais fomentando o fechamento de hospitais psiquiátricos (de abordagem manicomial); pelo financiamento de comunidades terapêuticas, o que fere a laicidade estatal pelo enfoque proibicionista e punitivista do uso de álcool e outras drogas, indo na contramão da estratégia de redução de danos, que até 2019 constituía uma Política Nacional; pelo financiamento da compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, que ignora como esses instrumentos foram utilizados como mecanismo de tortura e punição em instituições (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020). Todos esses aspectos são radicalmente contrários à Lei 10.216, da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001). É relevante ressaltar que esse desmonte aconteceu, em grande medida, por meios infralegais, como decretos, portarias, resoluções e editais, que contrariam, além de outras leis, a Constituição Federal (Brasil, 1988), em um processo que podemos chamar, de “cupinização”⁸ das instituições (Bocuhy, 2022), caracterizada pela percepção de que as instituições aparentam estar inteiras por fora, porém estão corroídas internamente.

Com relação à cobertura nacional de serviços substitutivos de saúde mental, acompanhávamos dados, suas interpretações e traduções, por divulgações periódicas, durante 10 anos consecutivos, extraídos da publicação “Saúde Mental em Dados”, do Ministério da Saúde (Desinstitute, 2021). No entanto, a publicização desses dados teve sua última edição em 2015, o que agrava o cenário de retrocessos no campo da saúde mental.

⁸ O termo foi utilizado pela Ministra do Supremo Tribunal Federal, Cármen Lúcia, no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 760. Disponível em: <https://oeco.org.br/colunas/a-cupinizacao-do-sistema-nacional-do-meio-ambiente/>

O “Painel de Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/2001” (Desinstitute, 2021) foi confeccionado pela organização da Desinstitute (sociedade civil sem fins lucrativos) em conjunto com a pesquisadora Renata Weber⁹, com o objetivo de recompor, nessa lacuna, a base de dados do “Saúde Mental em Dados”. O relatório apresentou os seguintes dados, relativos à cobertura de serviços substitutivos de saúde mental em 2020: indicador nacional de cobertura de 0,66 e indicador do DF de 0,40. O primeiro índice aponta para uma cobertura nacional regular a boa (entre 0,50 e 0,69), isto é, os CAPS estão assistindo à população brasileira de maneira regular a boa, ao passo que o segundo, representa uma cobertura local, do DF, regular/baixa (entre 0,35 e 0,49), a quarta menor do Brasil, à frente apenas do Acre, do Amazonas e do Mato Grosso. O maior indicador é o da Paraíba, com índice de 1,36, significativamente superior ao do DF.

Atualmente, segundo a Carta de Serviços CAPS (Governo do Distrito Federal, 2018), há 18 CAPS no DF, sendo: quatro CAPSi, um CAPS I, cinco CAPS II, um CAPS III, quatro CAPS AD II, três CAPS AD III. Entretanto, para que haja uma cobertura que assista à população local adequadamente, é preciso praticamente dobrar o número de CAPS no DF (Governo do Distrito Federal, 2017), o que mostra a fragilidade da cobertura local de saúde mental.

O contexto no qual os participantes das entrevistas semiestruturadas estão envolvidos e que a pesquisadora teve suas reflexões clínicas a partir de vivências foi o CAPS II Dra. Juliana Garcia Pacheco, situado no Paranoá, DF. O serviço possui cerca de 643 frequentadores e é um CAPS de referência de 11 regiões do DF, apesar de ter sido projetado para atendimento de somente duas, porém não há outros serviços de atenção às outras nove regiões.

⁹ Pesquisadora membro do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

A equipe multiprofissional conta com: quatro psicólogos, três enfermeiros, dois assistentes sociais, dois psiquiatras, um gestor (com formação em psicologia), quatro técnicos de enfermagem, três enfermeiros, um técnico administrativo, um terapeuta ocupacional e um farmacêutico. Como membros temporários da equipe, que fazem parte do serviço de maneira rotativa, há residentes, estagiários, extensionistas e voluntários. Os trabalhos realizados são, além de atendimentos individuais com cada uma das especialidades, oficinas de capoeira, de práticas corporais, de teatro e cinema, de arte e expressão, de artesanato, de música, de yoga, de caminhada, de horta, de futebol, grupo de escuta, de família, de homens, de jovens e, uma vez por semana, a equipe realiza uma reunião com todos os profissionais.

A respeito da região onde o CAPS pesquisado é situado, contextualizamos o Paranoá a partir de alguns pontos centrais. Braga (2012) descreve que esse é um local que surgiu como acampamento das famílias dos trabalhadores envolvidos na construção de Brasília, em 1957. Após a finalização da barragem do Lago Paranoá, o governo permitiu que as famílias continuassem a residir ali, mas depois da ampliação de seus barracos e com a migração advinda do êxodo rural, os moradores foram expulsos violentamente pelo governo, principalmente porque o Paranoá fica localizado entre regiões de alto poder aquisitivo. A tentativa governamental pareceu ser de distanciar os construtores da cidade de regiões mais centrais e teve como consequência uma grande luta por moradia e sobrevivência dos habitantes, que ainda perdura no cotidiano dessas pessoas (Braga, 2012).

4.2 Análise Formal

A análise formal foi tecida a partir das entrevistas com os profissionais e de reflexões clínicas de vivências da pesquisadora no serviço em articulação com a literatura. Utilizamos a psicanálise como teoria que orientou nosso olhar em todo o processo. Embora tenhamos elaborado questões prévias que nortearam as entrevistas, novas perguntas e comentários

foram sendo feitos, de acordo com o rumo e ritmo que a entrevista tomava. Vale ressaltar que as entrevistas foram longas e que houve certa insegurança por parte dos profissionais, ao adentrar na temática de neuroses graves no serviço, diferentemente do que aconteceu com pesquisa anteriormente realizada sobre o cuidado nas psicoses em serviços de saúde mental (Chauvet, 2019), em que havia mais consenso e os profissionais pareciam se sentir mais confortáveis com o assunto.

Salientamos que os nomes dos entrevistados e eventuais menções a frequentadores do CAPS, nesta dissertação, são fictícios. Além disso, os tópicos foram categorizados pelos temas que surgiram nas entrevistas, tanto os que se originaram diretamente das perguntas do roteiro, quanto os que apareceram de maneira espontânea e inesperada durante o processo.

4.2.1 Limites e bordas

Nomeamos este tópico de limites e bordas, considerando que essa foi uma problemática bastante presente em todas as entrevistas para argumentação sobre o diagnóstico e desafios do serviço no cuidado em neuroses graves.

4.2.1.1 Acolhimento de neuroses graves no CAPS

No intento de iniciar a discussão a respeito das neuroses graves no CAPS, levantamos com os participantes das entrevistas como é feito o processo de acolhimento – porta de entrada da população que busca atendimento no CAPS – de frequentadores com quadros de neuroses graves no serviço e quais critérios são levados em consideração para essas pessoas sejam vinculadas ao serviço.

Assim sendo, os participantes abordaram problemas e forneceram contribuições a respeito do acolhimento de casos de neuroses graves no CAPS. A participante Helena relembrou a publicação do Manual do CAPS, mencionada no item 1.2, que define quem pode ser atendido nos CAPS (Brasil, 2004), apresentando também uma controvérsia.

(...) uma das primeiras publicações que o Ministério da Saúde fez sobre os CAPS, aparecia dessa forma a clientela de um CAPS: psicoses e neuroses graves, o que já levantava algumas questões, porque só as neuroses adjetivadas de grave implicavam que as psicoses, por definição, são graves, já que o serviço CAPS é voltado para o sofrimento psíquico grave. (...) gravidade não tem a ver, exclusivamente, com a estrutura.

Servimo-nos desse trecho para inaugurar o tema da gravidade e do diagnóstico como parâmetros para inserção de frequentadores no CAPS. Outra participante, Beatriz, forneceu algumas indicações do que entende por grave.

(...) com certeza tem coisa que é mais unanimidade mesmo, por exemplo, uma crise psicótica, uma desorganização psíquica, bipolar ou psicótica em crise, isso não tem dúvidas que é grave. Pode até não ser tão sofrido, mas põe a pessoa em uma situação vulnerável (...). A ideação suicida é grave (...). (...) qualquer questão de risco também é grave.

Beatriz chama atenção de que é mais facilmente identificável o quadro grave quando há, principalmente, questões relativas à psicose. Porém, o que é mais fácil para a equipe diagnosticar ou reconhecer a gravidade implica a exclusão de certos casos, uma vez que o fato de não reconhecer a gravidade de certos casos não significa que estes não sofram tanto quanto ou que não sejam graves, como destacou Helena. O que parece estar em jogo é determinada gramática de reconhecimento do sofrimento, em que em cada momento histórico, político e social, algumas formas de expressão do sofrimento são legitimadas e, por conseguinte, elegidas como passíveis de tratamento, enquanto outras não o são (Canguilhem, 1978; Foucault, 1987).

O participante Raul, no seguinte relato apresenta como quadros de neurose podem se estruturar de modo grave e, inclusive, a depender, serem considerados como “loucura”, o que, na linguagem corrente pode receber atenção de um CAPS.

A gente tem pacientes do CAPS que têm dissociações muito loucas, que queimam tudo, que batem em todo mundo, que ficam muito loucos, como eram as dissociações de alguns casos freudianos graves. (...) aí a gente volta à loucura. Os pacientes do Freud eram vistos como loucos e muitos casos de histeria e quadros dissociativos também.

Essa passagem é fundamental para retomarmos, seguindo Helena, que a gravidade não se relaciona diretamente com estrutura psíquica. Algumas compreensões que endossam essa ideia são a de Dunker (2005), que remonta a 1889, recordando-nos da concepção de loucura histórica, diversas vezes confundida com psicose, e a de Green (2017) que, ao falar sobre os casos-limite contemporâneos, refere-se à loucura privada. Ainda, Celes (2007) usa o termo “Dora contemporânea”, apontando para semelhanças entre o clássico caso de histeria de Freud e os casos limítrofes atuais, “casos difíceis”, que podem ser entendidos como graves.

Em linha convergente, Beatriz aponta para o fato de que “(...) as neuroses muito graves, elas também perdem a realidade”. Relembramos, nesse contexto, o texto de Freud (1924a/1996), *A perda da realidade na neurose e na psicose*, que, embora de maneiras diferentes, o afastamento da realidade e sua substituição ocorrem em ambas as estruturas. Em neuroses graves, a experiência intensa do sujeito pode chegar a borrar a fronteira entre fantasia e delírio.

Apesar da publicação do Manual do CAPS (Brasil, 2004) definir algumas estruturas para atendimento no CAPS, todos os participantes relataram que o diagnóstico não é um critério exclusivo para a permanência de pessoas no serviço. Helena acresce mais uma

condição primordial, explanando que “(...) não é definido, esse critério de acolhimento, apenas por diagnóstico, tem um fator importante da condição psicossocial comprometida”.

Entre a amplitude do que “condição psicossocial comprometida” pode abarcar, um ponto que evidenciamos é a dimensão dos possíveis embaraços com o laço social. A reforma psiquiátrica denuncia de modo contundente a questão da exclusão social das psicoses (Tenório, 2001), o que já é de vasto conhecimento. Entretanto, o comprometimento com o laço social não é privativo da estrutura psicótica. Como exemplo, citamos Dunker (2005), que caracteriza a loucura histórica como tendo uma relação de rupturas com o laço social, de maneira que aquela se coloca contra esse, destruindo-o.

Os participantes Beatriz e Rodrigo também incluíram alguns aspectos que são considerados no acolhimento de pessoas para se vincularem ao CAPS. A psicóloga relata que, no acolhimento, fica atenta “para a existência do sujeito como um todo (...) do quanto o sofrimento altera e empobrece esse cotidiano e as possibilidades de vínculo e de ser e fazer no mundo”. O psicólogo, por sua vez, reforça o critério da:

(...) perda de funcionalidade, perda de autonomia (...) perda de capacidade mesmo de estar executando as suas coisas do dia a dia, trabalho, de ter um isolamento social, muitas crises, enfim, uma pessoa que precisa, geralmente, de uma atenção multidisciplinar mais ampla, uma atenção mais especializada.

Entendemos os elementos acrescidos pelos psicólogos como um destrinchamento do que seria a “condição psicossocial comprometida”, exposta por Helena. Raul, ainda, traz a noção de “(...) sofrimento psíquico grave, não necessariamente a questão da psicopatologia importa. Então a dimensão funcional, a dimensão existencial, a dimensão dos recursos comunitários (...)”.

O termo sofrimento psíquico grave é utilizado por Costa (2003) como alternativa à transtorno ou doença mental. Retomamos essa concepção, sobretudo para ressaltar o caráter

de *sofrimento*, que está implicado em quem é atendido pelo CAPS. Por vezes, a forma como o sofrimento se apresenta em casos de neurose grave parece obliterar o fato de que existe alguém que busca atenção porque sofre e, ainda, sofre gravemente. Conjecturamos que essa seja uma das justificativas para o impasse que Beatriz apresenta no seguinte fragmento.

(...) cada um tem autonomia para decidir nos acolhimentos, o que é grave, o que não é, mas existe uma certa pressão de não colocar pessoas neuróticas (...) porque esses não são casos para CAPS. (...) eu já escutei algumas devolutivas de que o nosso CAPS é um pouco criterioso demais com as questões de neuroses graves para inclusão.

Raul também aponta para o impasse de incluir quadros de sujeitos com neuroses graves no serviço.

(...) na prática da minha equipe, eu sinto que ainda tem mais essa visão de “se é psicose vai ficar no CAPS, se é um bipolar vai ficar no CAPS, se é transtorno de personalidade só fica no CAPS se tiver suicídio.” (...) Algumas neuroses graves, mesmo muito graves, se a pessoa consegue trabalhar e se ela vem com uma questão de personalidade que não vai ser curada ou cuidada no CAPS, não fica no CAPS (...).

Conforme a conjectura ora levantada, esse trecho parece corroborar com embaraço no reconhecimento de neuroses graves como *sofrimento grave*. Além disso, se, por um lado, o critério de funcionalidade pode funcionar como um marcador importante na vinculação de pessoas ao serviço, por outro lado, é preciso certa cautela em seu entendimento. A partir da fala de Raul, compreendemos que, ao mesmo tempo que a funcionalidade não pode ser parâmetro único, devendo ser ponderada e considerada em conjunto com outros critérios, é essencial que ela não seja concebida como “funcionar” no mercado de trabalho, estar inserido nessa esfera, sob risco de deixar pessoas que sofrem gravemente desassistidas.

Uma posição convergente que emergiu nas entrevistas de Raul e de Rodrigo foi que o termo neuroses graves, utilizado pelo Manual do CAPS (Brasil, 2004) “é um termo que ele é

bem genérico, justamente... eu acho que tem uma função de ser genérico, de não ser fechado mesmo.”, segundo Rodrigo. Raul desdobrou essa generalidade do termo, remetendo ao fato de que:

(...) acho que a política colocou esse nome exatamente porque a política não queria que o povo ficasse muito preso em diagnóstico. Eu já ouvi isso até de alguém do Ministério falando. Então foi uma estratégia para que ninguém ficasse muito preocupado de falar “você não é psicótico, você não vai entrar, você não é neurótico” estratégia para dizer assim “a gente atende tudo” e está certo.

Dessa maneira, depreendemos que a política oferece essa abertura para que não haja exclusão de certos tipos de sofrimento, podendo “atender tudo” e, em paralelo, cada CAPS pode desenrolar seu próprio método de contornos e limites ao que é atendido, uma vez que o serviço tem uma capacidade limitada para cuidar e que, de acordo com Governo do Distrito Federal (2017), não há CAPS suficientes para atendimento adequado a toda a população do DF.

Rodrigo indica que “não é um consenso entre a equipe se esses casos [de neuroses graves] têm que ser atendidos aqui ou não; tem um conflito”. Entretanto, considerando que o CAPS tem uma abertura de atendimento, que pode atender a tudo, que há o critério de sofrimento psíquico grave a ser contemplado, assumimos a premissa, seguindo Helena, no relato a seguir.

De toda forma, já aparece indicado como demanda para CAPS, então, independente dos diferentes desafios que a gente viu surgir, eu acho que tem essa primeira compreensão importante de que é para ser acolhido. O sofrimento neurótico grave é sim para ser acolhido no contexto dos CAPS.

Tendo em vista esse enunciado, seu desdobramento pode ser entendido com referência ao argumento de Raul de que “na ideia da reforma, a gente tem que adaptar o serviço aos

usuários, não o contrário”. Pela perspectiva psicanalítica, essa orientação conflui com a recomendação de Winnicott (1954/1958) de adaptar o método às necessidades do paciente e não o inverso, indo ao encontro da ótica da “elasticidade da técnica”, de Ferenczi (1928/1992, p. 29), que adotamos ao pensar no cuidado de neuroses graves no CAPS.

4.2.1.2 Diagnóstico de neuroses graves no CAPS

Tendo exposto alguns aspectos sobre o processo de acolhimento de neuroses graves no CAPS, percorremos, neste item, como o diagnóstico de neuroses graves é pensado no contexto da instituição. Um primeiro ponto que vale destacar é a amplitude de categorias que os participantes mencionaram como podendo fazer parte do diagnóstico de neuroses graves, a saber: neurose obsessiva grave; TOC grave; histeria grave; quadros fóbicos graves; estados-limite; transtornos de personalidade; quadros que não têm uma estruturação psicótica, mas que, muitas vezes, têm sintomas psicóticos; quadros *borderline*; casos limítrofes; não-psicose; e funcionamento narcísico-identitário.

Cada participante trouxe elementos variados a respeito dos diferentes tipos diagnósticos envolvidos em neuroses graves. Helena descreveu as neuroses graves da forma a seguir:

(...) neuroses graves abarca coisas muito diferentes, demandas muito diferentes (...).

Se a gente pensar do ponto de vista psicanalítico, nos três grandes quadros clínicos associados à neurose [neurose obsessiva, histeria e fobia], eles têm, claro, uma base comum, mas também têm uma sintomatologia e questões diferentes para o manejo, em contexto de serviços que trabalham em equipe e com estratégias grupais e comunitárias.

A base comum a que se refere Helena pode ser remetida à fundamentação da neurose por Freud (1924b/1996), em *Neurose e Psicose*, que caracteriza sua origem como oriunda de

uma recusa do eu de aceitar pulsões do isso, ou de auxiliá-lo a descobrir um escoador ou motor, ou de uma proibição das pulsões serem satisfeitas por seu objeto. Então, o eu se defende das pulsões, por meio do mecanismo do recalque e o recalçado luta contra esse destino. Nessa luta, ocorre a formação de sintomas, uma representação substitutiva que o eu encontra como forma de conciliação com as exigências pulsionais. Cada um dos três quadros, que se inserem nessa base comum das neuroses, forma sintomas distintos como solução de compromisso na conciliação.

Para os casos de neurose, Freud (1905/1969) recomenda o trabalho psicanalítico, que utiliza o modelo do sonho e a associatividade do psiquismo como princípios (Celes, 2013). No entanto, no contexto dos CAPS, de equipes multiprofissionais e com grande parte das atividades sendo realizadas em oficinas terapêuticas (Brasil, 2004), outros desafios e formas de cuidado são organizados em termos de manejo.

Rodrigo entende que a definição de neuroses graves se relaciona com:

(...) pessoas que têm uma questão que envolve questões narcísico-identitárias, traumas, às vezes, nessa questão primária, traumas de desamparo primário, (...) associação mesmo e *borderline* ou alguns estados limites, com traumas ou violências relacionadas, por exemplo, na infância mesmo, com abusos sexuais (...) com muitas vivências traumáticas.

Podemos compreender esse fragmento fazendo alusão a alguns autores. Baseando-nos na concepção de que, nas neuroses de guerra, há um excesso traumático que dificulta a representação metafórica, complicando sua narrativa (Maldonado & Cardoso, 2009), parece haver uma semelhança em termos de processos com relação aos casos-limite, com seus impasses no trabalho de pensamento (Green, 2017) sobre o vivenciado. Tais situações são exemplificadas por Rodrigo como “traumas de desamparo primário” e violências.

Winnicott (1960/1983), com seu conceito de “agonias impensáveis”, também auxilia na consideração dessas situações, uma vez que se trata justamente de invasões ou circunstâncias adversas que ocorrem em um tempo muito tenro em que ainda não há um eu, e logo, recursos subjetivos que possibilitem pensamento ou elaboração, o que excede sua capacidade de representar e de pensamento (Green, 2017), reatualizando o que Bokanowski (2005) conceitua como trauma.

Ainda, na tentativa de caracterizar as neuroses graves de maneira geral, Beatriz argumenta que “(...) eu acho que uma das grandes demandas dessas pessoas é aprender a conviver e aprender a se relacionar de uma forma mais, não sei, de um trânsito um pouco mais tranquilo entre eu e o outro.” Seguindo o conceito de “agonias impensáveis” de Winnicott (1960/1983), essas acontecem em um momento em que o bebê é indiferenciado do outro, em que não há separação entre eu e não-eu, o que pode explicar esse trânsito eu e outro possivelmente atribulado. A formulação das “problemáticas narcísico-identitárias” de Roussillon (2012) vai em direção similar, de sujeitos com questões centrais no que tange à diferenciação eu e não-eu.

Beatriz expôs mais alguns tópicos sobre essa complexa relação entre eu e outro, abordando sobre, nas suas palavras, questões sobre quadros *borderline*: “dificuldades de separação, identificações muito intensas com as pessoas, dificuldades de, também, compartimentalização das partes da vida. Então, assim, se elas brigam com alguém, elas podem brigar também lá, algum vínculo importante da vida, às vezes, transborda para outras relações”.

O transbordamento mencionado pode ser pensado a partir da instabilidade do duplo limite, descrito por Green (2017). Nos casos-limite, de acordo com o autor, há momentos em que o limite horizontal ou o vertical pode não operar, de modo a acionar o limite oposto. Quando o limite horizontal não atua e o limite vertical é acionado, pode ocorrer uma

indiferenciação dentro e fora, em que o conflito intrapsíquico evanesce e podemos entender que há um transbordamento do que seria intrapsíquico para o campo intersubjetivo. As “dificuldades de separação” são indicativas desse processo. O inverso também pode ganhar lugar, na situação em que o limite vertical não age e o horizontal é acionado, parecendo ocorrer algo como um “transbordamento interno”, provocando, por exemplo, “identificações muito intensas”. Ambos os processos podem estar envolvidos nessas “dificuldades de compartimentalização de partes da vida”, apontadas por Beatriz.

Raul desdobrou esse transbordamento no que diz respeito à continência psíquica, ao relatar: “O campo *border* existe muito mais a dimensão reativa. O continente psíquico talvez seja menor”. Beatriz também o fez no seguinte excerto.

(...) às vezes a pessoa pode ter consciência do que está acontecendo e de qual é o sentido daquilo, mas ela não tem capacidade de conter suas emoções, como é o caso da Marina, muito emblemático. Claro que ela pode desenvolver cada vez mais, (...) e ela tem feito, mas é um desafio. Então, se for uma coisa que sobe um pouco a mais o nível de raiva dela, facilmente ela pode, de algum modo, transbordar.

Mais uma vez, o duplo limite (Green, 2017) pode ter relações com a dificuldade de estruturação de bordas que representem continência psíquica. A dimensão “mais reativa”, de transbordar a depender do “nível de raiva”, pode ser analisada pela ideia de que há certo embaraço na criação de soluções reflexivas de pensamento para conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos (Celes, 2013), o que converge com a metapsicologia do limite, de Green (2017). Essa proposta se refere à metapsicologia da capacidade de pensar justamente pela dificuldade da elaboração por meio do trabalho de pensamento nos casos-limite.

4.2.1.3 Desafios do serviço

A dimensão de desafios para ofertar cuidado a sujeitos com quadros de neuroses graves no CAPS se fez presente desde a primeira pergunta para todos os participantes, tanto

no que tange ao acolhimento, quanto ao diagnóstico e ao manejo desses casos. Nesse momento, exploraremos mais profundamente tais desafios, que estão entrelaçados com os âmbitos ora citados. Iniciaremos com relatos dos participantes em torno de desafios da equipe com relação à lógica de reconhecimento das neuroses graves, em suas múltiplas nomeações, no CAPS.

Helena: (...) historicamente, o sofrimento histérico grave é um grupo mal recebido nos serviços. (...) aqueles preconceitos de “tem gente sofrendo aqui de verdade, alucinando, delirando, desorganizados” (...) quando eu comparo alguns dos diagnósticos, alguns enfrentam estigmas mais intensos nos serviços (...) especialmente a histeria. (...) há dificuldade, no CAPS, para estar, de fato, ofertando um tratamento efetivo e cuidadoso com o sofrimento histérico.

Raul: (...) se fala muito na minha equipe, de que as neuroses não são doença, porque a pessoa daqui a pouco está sambando, está se divertindo, a pessoa sai rindo do atendimento. Então essa ideia de que, por exemplo, no estado dissociado a pessoa não sofre (...). (...) associação moral à categoria histeria, à categoria *borderline*.

Rodrigo: (...) às vezes são mal vistas, (...) ainda tem muito esse ranço, principalmente dos quadros de histeria, como pessoas fingidas, que exageram muito, (...) afeto às vezes intenso nos quadros de histeria, muitas vezes é visto como, ainda, uma certa manipulação, fingimento e tudo.

Os três participantes destacaram o estigma presente no CAPS, sobretudo em casos diagnosticados como histeria grave e quadros *borderline*. Há, por exemplo, certa concepção dos profissionais de que não há sofrimento em pessoas que estejam em quadros de dissociação¹⁰, isto é, parece que existe no serviço determinadas políticas de reconhecimento

¹⁰ Dissociação da consciência representa a fragmentação ou divisão da consciência, em que ocorre perda da unidade psíquica. Tende a acontecer com certa frequência em quadros histéricos, caracterizada por um estado similar ao sonho e, normalmente, é desencadeada por acontecimentos significativos em termos psicológicos, que geram ansiedade para a pessoa (Dalgalarondo, 2008).

do sofrimento (Safatle, 2016), em que há formas de sofrer reconhecidas e passíveis de cuidado, enquanto outras não o são.

Além disso, Raul chama atenção para a associação moral às categorias de histeria e *borderline*. Dunker (2005), ao discorrer sobre a “loucura histórica”, aponta para a tradição psiquiátrica moralista, indicando que essa categoria já foi chamada de “loucura moral” e caracterizada por traços como versatilidade emotiva, tendência à mentira, impulsividade e espírito de contradição. O autor explica que esse entendimento advém da faceta histórica de uma recusa a normas convencionais do laço social e que, parecem ser percebidas, no CAPS, como manipulação e fingimento, sem estar ligada a sofrimento.

Sobre a moralização de quadros identificados como *borderline*, retomamos Silva (2018), que expõe o estigma desses casos, historicamente construído em serviços de saúde. Assim como narra Rodrigo, a respeito de casos mal vistos por sua intensidade afetiva e “exagero”, Silva (2018) retrata que equipes de saúde mental tendem a vincular essas pessoas à carência, excessiva emocionalidade e à acusação de que são sujeitos manipuladores.

A associação moral a ambas as categorias também pode ser entendida à luz de Safatle, Silva Junior e Dunker (2021) que, ao situarem historicamente mudanças na gramática social do sofrimento, mostram que o transtorno de personalidade histriônica, descrito no DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2014), oriundo da antiga categoria de histeria de edições anteriores, tem como critérios diagnósticos comportamentos de recusa e padrões de socialização, como “autodramatização, teatralidade, e expressão exagerada de emoções” (p. 668). Os autores trazem o questionamento acerca de qual seria o parâmetro adequado de expressão de emoções, que não a arbitrariedade da subjetividade do médico.

Nesse sentido, parece que certas formas de expressão do sofrimento não são reconhecidas, em detrimento de outras. Nas palavras de Beatriz: “a gente teve alguns conflitos de situações em que eu coloquei pessoas no acolhimento, principalmente

recolhimentos, quando eram pessoas já conhecidas da equipe e que eram tidas como histéricas, como sofrimento... interpretado como falso”. O sofrimento “verdadeiro” seria o que Helena descreve como alucinação, delírio e desorganização, quando comparados a manifestações mais comuns de alguns sofrimentos graves em neuroses, que seriam “falsos”.

Ainda no aspecto de contextualização da gramática social de reconhecimento do sofrimento na atualidade, acompanhamos Birman (1999) em sua argumentação sobre a separação historicamente localizada, que foi iniciada na década de 60 nos Estados Unidos, entre psiquiatria e psicanálise, que culminou na proliferação de mais de 300 categorias diagnósticas no DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Helena comentou sobre particularidades de tal processo para explicar o entendimento do diagnóstico de neuroses graves no CAPS.

(...) histeria foi pulverizada em vários... não a histeria, os sintomas mais comuns da histeria foram pulverizados em diferentes diagnósticos, eu acho, inclusive, que o transtorno de personalidade *borderline*, como eles chamam na psiquiatria, é herdeiro de todo esse estigma da histeria. Todas essas acusações de fingimento, de chamar atenção, de teatro, de mentira mesmo algumas vezes, de manipulação, estão muito coladas com esse diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*.

É interessante perceber que, por um lado, houve um momento de desaparecimento das neuroses no DSM em 2014 (Guignard, 2020), o que pode ser um indicativo da ideia que dissocia neurose de sofrimento e, por outro lado, Helena salienta a articulação entre o diagnóstico de histeria e de transtorno de personalidade *borderline*, nomeando o segundo como herdeiro, inclusive, do estigma do primeiro. A psicóloga explicou algumas implicações da concepção do diagnóstico de transtorno de personalidade, fator que esteve presente na fala de outros participantes também.

(...) a gente também vê alguns profissionais afirmarem coisas como “é uma questão de caráter, então não tem remédio, não tem tratamento, não é para CAPS”. (...) transtorno de personalidade *borderline* está em uma posição ainda mais delicada experiência de sofrimento muito intensa e que o serviço de referência para lidar com os casos graves, muitas vezes, está afirmando que não é lá, porque é uma questão de caráter, porque não é remédio. Aí fica aquilo “bom, se não é o CAPS, que é um serviço especializado, onde essas pessoas vão ser cuidadas?”.

O fragmento de Helena conecta-se à alegação de Silva (2018) de que, em serviços de saúde mental, o transtorno de personalidade *borderline* pode ser correlacionado à “intratabilidade”. O autor argumenta que o tratamento e o prognóstico de médicos para esses sujeitos tende a ser desesperançoso e, constatamos, pela fala de Helena, que, por vezes, esse é um diagnóstico que serve como justificativa para desassistência. Raul e Beatriz também citaram a junção entre as categorias histeria, transtorno de personalidade *borderline* e o aspecto de “caráter” nelas implicado.

Raul: A histeria e o *borderline* são vistos como manipulações, como pessoas que têm transtorno de caráter e, por elas terem transtorno de caráter, elas, na verdade, nunca vão melhorar, porque elas têm um problema de personalidade, então “cara, deixa essa pessoa encher o saco de outro, porque eu quero trabalhar, eu tenho que cuidar de gente grave”.

Beatriz: “é uma questão de caráter”, meio que a pessoa é má mesmo, ela é manipuladora, são várias coisas que se repetem em torno desses casos que são diagnosticados com transtorno de personalidade. (...) fica um saco cheio de atravessamentos sobre esses diagnósticos e, também, quando já fala “é um F60”, às vezes tem essa frase, aí pronto, já tem toda uma carga em torno daquilo ali.

Mais uma vez, nota-se a não legitimação desses sujeitos como sofrimento grave, principalmente, em comparação com outros casos. Sintetizamos, inferindo o que seriam alguns desses “atravessamentos” que são identificados nos transtornos de personalidade, que Beatriz ressaltou, com os significantes trazidos por ela e pelos outros participantes: “pessoa má”, “manipulação”, “fingimento”, “teatralização”, “questão de caráter”, “mentira”, “pessoas que querem chamar atenção”, “sofrimento falso”, “exagero”, entre outros. Ainda, Beatriz evidencia a nomeação dada a esses sujeitos: “F60”, sigla para transtorno de personalidade no DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Esse rótulo é um tanto curioso, uma vez que vem como um atestado composto de letra e números, atrelado a essa série de significantes que, possivelmente, mobilizam preconceitos e afetos específicos na equipe, em que a oferta de cuidado é afastada.

Raul fez uma distinção interessante acerca do olhar psicanalítico e psiquiátrico a respeito do que seria um transtorno de personalidade, que permite a subversão da não legitimação dessa forma de sofrimento: “(...) para a gente na psicanálise faz todo sentido, porque toda questão é de personalidade, toda questão é ser, então todo transtorno é de personalidade, não como transtorno, mas como uma questão de ser, o princípio do cristal¹¹.”

Outro desafio, que se relaciona com a estigmatização de sujeitos com quadros de neuroses graves e com impasses na oferta de cuidado para esses casos, foi fornecido pelos participantes e se refere à dimensão contratransferencial. Assim como Silva (2018) retrata que, em serviços de saúde mental, sujeitos diagnosticados como *borderline* tendem a mobilizar a contratransferência, evocando emoções e reações desagradáveis em profissionais, Helena alega que, devido ao:

(...) tipo de sintoma, de comportamento que pode se estabelecer nessas formas de sofrimento; são atitudes, ações, palavras, que costumam provocar um forte efeito

¹¹ Freud (1933/1996) utiliza a metáfora de um cristal para falar sobre normal e patológico, expondo que, quando ele lançado ao chão, não se quebra arbitrariamente, mas em linhas predeterminadas em sua estrutura, assim como acontece com pessoas.

contratransferencial, a gente tem uma série de profissionais que nem sabem o que é contratransferência, que não estão nem entendendo, que estão sendo tocados, pessoalmente, por aquela questão e diferenciar, enquanto pessoa, enquanto o papel do profissional... então tem esse grande desafio.

Laplanche e Pontalis (2004, p. 84) definem a contratransferência como “conjunto das reações inconscientes do analista frente a pessoa do analisante e, especialmente, frente a transferência deste”. Na relação de quem cuida com quem é cuidado em um CAPS, é comum que o profissional tenha reações inconscientes diante do frequentador do serviço. Entretanto, para que essas reações não signifiquem obstáculos ou resistências ao cuidado ou que, nas palavras de Helena, os profissionais não sejam tocados pessoalmente na relação com os frequentadores, é necessário haver análise da parte de quem cuida. Baseando-nos em noções de Laplanche e Pontalis (2004) e no relato de Helena, é preciso que o cuidador analise a situação, podendo separar-se pessoalmente dela. Isso, pois, segundo os autores, nenhum analista e, nesse contexto, profissional, vai mais além do que permitem seus próprios complexos e resistências internas.

Helena aprofunda a explicação desse desafio no fragmento a seguir, de modo a aludir um aspecto que Ring e Lawn (2019) frisam sobre como sujeitos diagnosticados como *borderline* são acusados de problemáticos ou manipuladores quando criticam o tratamento.

Porque, muitas vezes, são ações e falas críticas, que denunciam e de forma, inclusive, muito perspicaz muitas vezes, os próprios limites dos serviços, das atividades, dos profissionais. (...) A gente fala muito, isso já está muito no discurso dos profissionais, a importância do empoderamento, do protagonismo dos frequentadores, enfim, da participação, na própria experiência de cuidado, de tratamento, mas há muita dificuldade de lidar com as críticas, como se o desejo de participação fosse só para

dizer “nossa, que ótimo o trabalho que você faz”, mas não quando aponta “ué, por que que está assim? Por que que é dessa forma que vai acontecer?”.

No âmbito que essa explicação se relaciona com a contratransferência, podemos entender que há reações da parte da equipe multiprofissional que operam como resistência ao cuidado, principalmente, quando os frequentadores do serviço fazem críticas ao serviço. Esse é um ponto sensível da reforma psiquiátrica que, diferentemente de se distanciar das críticas, defende a busca por autonomia (Leal, 2001) e restituição da cidadania (Lobosque, 2001) aos sujeitos para que eles possam, inclusive, questionar e criticar a política e os serviços.

Beatriz também enfatizou que os casos de neuroses graves trazem “agressividade e [são] pessoas que reclamam, pessoas que atacam, pessoas, inclusive, que reclamam do SUS, dos furos do sistema”. Sobre a agressividade como um fator que mobiliza a equipe, Figueiredo (2021) indica que, em situações-limite, é importante lembrar que a mente do analista deve abranger certa disponibilidade para riscos. Ademais, no contexto em que sujeitos provocam reações emocionais na equipe, a psicóloga prossegue:

(...) na impossibilidade de pensar isso como uma das nossas tarefas, que é lidar com a contratransferência, pensar sobre as relações que essas pessoas estabelecem com a gente, porque faz parte das questões que precisam ser trabalhadas, então vira uma pessoa chata, que eu não preciso lidar com.

Beatriz atenta para um problema nevrálgico de resistir às críticas e de, nas suas palavras, serem “casos que esbarram em lugares que as pessoas não querem pensar, aí é colocado para fora”, em razão de que esses são aspectos, ou mesmo, sintomas, que justamente fazem parte da “loucura histórica”, por exemplo. Dunker (2005) descreve duas particularidades desse quadro: “(a) a presença de atitude renitente, marcada por atos disruptivos do ponto de vista do laço social; (b) o impacto subjetivo que esta atitude causa no médico.” (p. 57), o que resumidamente podemos caracterizar como: (a) as ações, falas

críticas, denúncias, reclamações, ataques ao serviço e ao sistema; (b) a contratransferência. Não é novidade o entendimento desses dois aspectos como fazendo parte de um quadro de neurose, quando consideramos o caso Dora, de Freud (1905/1969). De maneira análoga a como as neuroses graves parecem fazer em relação ao CAPS, Celes (2007) discute que esse foi um caso que impôs críticas à teoria e à prática de seu tempo, circunscrevendo limites da psicanálise da época.

Nesse sentido, há elementos nesses casos que expõem fragilidades, dificuldades e limites do sistema de saúde público, do serviço e da equipe multiprofissional. Esses elementos advêm, pelo menos, em duas direções: de maneira mais consciente, por assim dizer, por meio do conteúdo das falas críticas e denúncias diretas ao CAPS, por exemplo; e pelas reações inconscientes da equipe, que obstaculizam um cuidado efetivo, apontando para certo despreparo conjuntural para manejo desses casos. Esse despreparo tem ligações com a imprevisibilidade terapêutica e prognóstica desses quadros, que podem gerar angústia e impotência na equipe de saúde (Silva, 2018).

Raul discutiu mais uma faceta de desafios da equipe no que se refere à contratransferência e a explicações para a estigmatização dos casos de neuroses graves no CAPS, conforme o trecho seguinte.

Porque são pessoas que dão trabalho, são pessoas que incomodam, são pessoas que, na verdade, lembram um pouco o profissional, porque às vezes trabalham também, têm grana, têm sua vida, podem manipular em alguns casos, podem jogar, muitas vezes são inteligentes, escolarizadas. Então todo esse lugar irrita muito mais os profissionais do que uma pessoa que realmente está doente, na visão de doença como uma pessoa que está fora de si, como uma pessoa que não consegue sair de casa.

Parece que há uma identificação do profissional com o frequentador, que podemos pensar a partir do conceito de Freud (1917/1996) de “narcisismo das pequenas diferenças”,

pelo fato de que são precisamente as pequenas diferenças entre profissionais e frequentadores que, sob esferas como trabalho, determinados comportamentos e escolarização, são semelhantes, que formam a base de sentimentos de estranheza e hostilidade. Deprendemos que “a pequena diferença” seria precisamente a intensidade de alguns comportamentos ou a gravidade de certos sintomas similares.

Ademais, dentro do campo abrangente das neuroses graves, os participantes ressaltaram um aspecto sobre a neurose obsessiva compulsiva. Beatriz apontou que “TOC também eu acho que é uma coisa que gera um pouco menos de ambiguidade na equipe. Quando é um TOC muito grave, as pessoas não costumam questionar muito”. Raul, paralelamente, alegou que “(...) quando é um quadro obsessivo grave, um TOC grave, costuma ficar no CAPS. Apesar de que eu vejo que eu nem sempre acho que eles melhoram tanto no nosso CAPS.”.

Atentamos a dois aspectos nessas falas. Em primeiro lugar, é curioso que os estudos da pesquisadora não se voltaram a casos de neuroses obsessivas graves, apesar de que este é, notoriamente, um quadro inserido no campo das neuroses graves. Ponderamos que isso ocorreu devido ao fato de que, na vivência da pesquisadora no serviço até então, não surgiram desafios específicos em torno desses casos, o que corrobora com o relato dos psicólogos. O segundo elemento é a especulação de motivos para que haja mais unanimidade na equipe e para as neuroses obsessivas graves serem mais aceitas no CAPS, a qual discorreremos ao adentrar na problemática da atuação nas neuroses graves.

Raul sugeriu distintas perspectivas dentro do campo das neuroses graves no que tange à atuação, conforme o relato a seguir.

(...) um quadro obsessivo compulsivo, que é uma neurose grave, não necessariamente a questão da atuação é tão central, da pessoa estar quebrando tudo, da pessoa estar seduzindo (...). Isso é um campo que a histeria já compartilha mais com *borderline*.

(...) o quadro obsessivo compulsivo, (...) as atuações (...) são tão esquisitas, gera muitomais sofrimento para o sujeito do que no ambiente, digamos assim. A definição do *border*, por exemplo, é essa dimensão de cutucar o ambiente.

Gus (2007) descreve que, no funcionamento *borderline*, as atuações ocorrem porque a palavra é insuficiente na contenção de experiências dolorosas por serem inconscientes e se encontrarem em um nível pré-verbal, precisando então serem mostradas em ato. Cassorla (2013), por sua vez, afirma que o termo atuação foi ampliado da psicanálise – levar à ação pulsões, fantasias, desejos em vez de recordar determinado conteúdo (Laplanche & Pontalis, 2004) – para a linguagem corriqueira de profissionais da saúde mental que, comumente, passaram a usar o termo para acusar pacientes questionadores. O autor critica essa posição, argumentando que a maior parte de atos maldosos são oriundos de raciocínios sofisticados, não de descargas.

O fenômeno da atuação parece ser um divisor no campo das neuroses graves, que relega diagnósticos como *borderline* e histeria para um lugar marginal no serviço, quando comparado com a neurose obsessiva. Helena corrobora com essa compreensão ao relatar: “O sofrimento obsessivo e o sofrimento fóbico, eles estão mais estabelecidos como sofrimentos legítimos.”

Raul ilustrou um modo de atuação, de como esse “cutucar o ambiente” já aconteceu no CAPS. O psicólogo contou do caso de uma moça:

(...) que chegava no CAPS muito grave, chorando, bem infantilizada, bem regredida, ou seja, quadro dissociado e com questões conversivas também (...). Ela chegava criança, chorava, reclamava e foram anos de tratamento e ela não melhorava até que, um dia, descobriram que essa pessoa, fora do CAPS, era feliz, dançava, fazia um monte de coisa e que parece, não sei se é verdade, mas que ela, na parada de ônibus, trocava de roupa para se mostrar doente para a gente.

Nessa situação, parte da equipe interpretou o caso como sendo uma forma dessa moça ser “malandra”, enganar a equipe, na ótica de que ela teve esse comportamento, conscientemente, para acessar um benefício. Essa interpretação ganha sentido em um momento histórico preciso, marcado pelo neoliberalismo como racionalidade do capitalismo atual (Dardot & Laval, 2016). Na tríade que articula economia, psicologia e moral em uma sociedade, de forma a distinguir comportamentos, julgamentos e afetos como racionais/irracionais, a loucura, ou irracionalidade, seria não realizar o cálculo da maximização de interesses, o que seria legitimado para tratamento em um CAPS, por exemplo. Já uma ação racional se ligaria à maximização de interesses em uma lógica utilitarista – como a maximização de lucros em um raciocínio empresarial – (Safatle, Afshar, Castro, Franco & Manzi, 2016, 2017) que, no caso supracitado, significaria ter acesso a um benefício.

Na contramão desse entendimento utilitarista para distinção do que é normal ou patológico e, especialmente, tendo como horizonte o reconhecimento do sofrimento em suas múltiplas formas de expressão, Raul interpreta esse contexto diferentemente.

Imagina se você todo dia tivesse que pegar um ônibus (...), parar em uma parada, trocar uma roupa, colocar uma roupa e ficar fazendo vozinha de bebê por quatro horas, se fingindo de bebê? Mesmo que seja uma manipulação, que vida horrível. Então a gente tem que cuidar dessa pessoa, nem que seja para ela parar de fazer isso, porque a vida dela não está boa, definitivamente não está boa.

O cerne da questão para uma equipe multiprofissional, que tem conhecimentos e saberes dos

mais diversos não é, de acordo com Raul, que todos entendam conceitos de psicanálise, mas que possam compreender que, nesses casos, há um sofrimento a ser cuidado. Beatriz contribui com esse posicionamento, ao dizer sobre um outro caso de atuação:

(...) isso pode ser chamado de um jogo? Pode. Mas o que eu acho é que, às vezes, as pessoas esvaziam. As pessoas, que eu digo, a equipe de saúde, esvazia as necessidades legítimas por trás dessa coisa sintomática (...). A pessoa não vai chegar lá e falar “olha, eu preciso ser visto, porque eu não fui visto e eu estou sofrendo muito e chegou no meu limite e agora eu estou querendo morrer de tanto que chegou no meu limite, por favor, escuta”. Não vai ser assim. Vai ser se cortando, tentando se matar.

Freud (1914/1996), em *Recordar, repetir e elaborar*, já sinalizava para a expressão de conflitos por meio de repetições em ato, em vez de em palavras. Nessa mesma linha, Barbosa (2013) e Roussillon (2012) discorrem sobre essa forma de comunicar o sofrimento que se mostra em ato e no corpo. Beatriz ressalta que, em casos de histeria, a “teatralização”, tal como concebida por profissionais de saúde mental, acaba tendo seu sentido esvaziado, no lugar de ser um sinal do sofrimento. A implicação severa da não legitimação desse sofrimento foi retratada por Helena e por Beatriz.

Helena: (...) acaba reproduzindo parte da própria questão do sofrimento, de não ser aceito, não ser amado, não ser acolhido. Não é essa a grande temática de sofrimento na experiência *borderline*? De “não pertencço a lugar nenhum, ninguém me aceita”, enfim, “sou abandonada”. A gente acaba, ainda, reproduzindo a experiência de sofrimento.

Beatriz: “poxa vida, eu não posso mais contar com vocês, vocês me abandonaram, igual a minha família”. Aconteceu uma retraumatização (...).

Historicamente, Dunker (2005) reitera que, mesmo em estudos psicanalíticos, houve uma forma de histeria que não foi enfocada, a saber, aquela que não é centrada em afetos ou no corpo, mas em atos. Há autores, como Gus (2007), que utilizam, ainda, o conceito de *enactment* para pensar na “realidade psíquica em cena” na relação analista e analisando, compreendendo a atuação como parte inevitável de certos processos e que podem ser úteis ao cuidado. Essa noção tem a ver com “conluios inconscientes” (p. 48) da dupla que atuam

mutuamente e que, se não percebidas, podem levar a iatrogenias ou impasses no tratamento. Cabe, portanto, a quem cuida, a ampliação da escuta para as variadas formas de comunicação de conflitos, de sofrimento.

Um elemento que ressaltamos é a demanda de reconhecimento do sofrimento nos casos de neuroses graves. Raul contou que:

(...) tem quadros dissociativos, quadros histéricos, quadros do campo da neurose, porque só conseguiram se sentir, voltando ao que eu falo muito da neurose, reconhecidas, cuidadas (...) e só conseguiram atuar os controles psíquicos a partir de um lugar de muito adoecimento. Até porque no serviço de saúde mental e no serviço de saúde, você só consegue ser atendido quando você é vermelho ou laranja. Ninguém é atendido verde. Então se você tem conteúdos psíquicos e está verde, você nunca vai ser atendido, nunca vai ser cuidado.

Entretanto, a resposta quanto ao manejo dessa demanda de reconhecimento é um tanto delicada, na medida em que, conforme Raul “talvez dando muita atenção só às atuações a gente não consegue enxergar esse sujeito na dimensão subjetiva (...) de o que está sendo pedido, de qual tipo de olhar está sendo pedido, qual reconhecimento.”. A depender, como acrescentou Beatriz, pode haver um “sintoma, às vezes, de você ser vista e de engajar as pessoas em uma atenção a você a partir de estados de sofrimento ou de uma certa regressão”, que acabam por manter a pessoa nessa mesma posição, por haver um gozo atrelado a essa demanda. Paradoxalmente, nas palavras de Raul:

A pessoa quer que você possa reconhecer ela fora das atuações, mas, ao mesmo tempo, ela tem um ganho secundário de se acostumar a atuar muito. (...) na verdade, quanto mais você atende a atuação, mais a atuação aumenta e mais o conteúdo se afasta.

Rodrigo problematizou que há sujeitos que, nesse cenário, terminam por ficar indefinidamente no serviço. No entanto, para Beatriz “não é um problema elas estarem

sempre lá necessariamente, o problema, às vezes, é isso não ter um contorno, um sentido, e a pessoa ficar, na verdade, usando o espaço para uma atuação que não é devolvida”. Conforme Helena, uma orientação seria “ajudar a elaborar algumas coisas que surgiram nos grupos, inclusive algumas das atuações...”.

Mais um desafio importante no que concerne à atuação no CAPS, diz respeito a quando ela ocorre em oficinas terapêuticas, ou seja, em situações que envolvem grupo. Beatriz relatou de uma moça que utilizava o grupo como “saco para vomitar”, entendendo que “(...) ela tem esse funcionamento, ela não aguenta as coisas dentro dela, ela tem que colocar para fora (...)”. A questão que emerge, nesse panorama, é que, em um grupo como o figurado, há pessoas com várias demandas de saúde mental e que, o que pode ter um efeito para essa moça, pode ter repercussões complicadas para outras. Nas palavras de Raul, “algumas atuações no campo da neurose são disruptivas”, o que demanda um manejo delicado desses contextos.

Assim como nas neuroses graves em que uma das principais problemáticas se refere a limites e bordas, Rodrigo contribuiu para pensar na “questão dos limites, das bordas do serviço”, no sentido que:

(...) se essa equipe não tem uma comunicação boa, esses pacientes acabam ficando confusos, começam a atuar, começa uma coisa que traz mais angústia para a pessoa. Então a comunicação entre a equipe, para pacientes, novamente pensando nos casos mais limites, se não tiver essa comunicação, eu acho que acaba trazendo muito prejuízo.

Ademais, esse último trecho nos faz refletir sobre a mimetização da psicanálise com o objeto que estuda (Celes, 2013). De maneira análoga a como a associação livre é uma técnica que advém da dimensão associativa do próprio psiquismo, parece ser fecundo o entendimento que, em sendo limites, bordas e comunicação, questões centrais envolvidas nas neuroses

graves no CAPS, o serviço pode aprender com essas problemáticas envolvidas no sofrimento para pensar em um cuidado mais adequado a partir dessas dimensões. A integração da equipe, bem como a construção de dispositivos que considerem a importância da manutenção do enquadre e, em paralelo, do auxílio aos frequentadores a enfrentar mudanças sem que eles se desestruturem, são algumas indicações fornecidas por Amparo *et al.* (2020) como cruciais para o trabalho em situações limítrofes.

4.2.2 Dimensão sociopolítica do sofrimento em territórios periféricos

Apesar de não termos realizado perguntas aos participantes que fizessem alusão direta ao aspecto sociopolítico do sofrimento neurótico grave no CAPS, esse foi um assunto que surgiu em todas as entrevistas de maneira espontânea. Logo, introduzimos este item com uma fala contundente de Raul a respeito do que ele nomeia de “determinação social da saúde”:

Talvez seja a questão mais importante disso tudo. A gente está falando de neurose, mas uma questão central é a determinação social da saúde, então gênero, raça e classe social. Porque também, se fica naquela análise maravilhosa dos conteúdos, mas a pessoa não come, mas a pessoa viveu essas opressões todas e, por isso, tem um quadro *borderline* (...) porque viveu muita pobreza e vive opressão até hoje. Então como é que você resolve aquilo com conteúdo se um novo conteúdo é gerado a cada dia no ambiente da pessoa? Esse é o grande perigo nosso, de ficar nesse lugar do intrassubjetivo, (...) porque (...) é uma questão, muitas vezes, de sucessivas opressões e de um funcionamento que foi construído a partir daquilo.

Diante da dimensão sociopolítica do sofrimento, que correlacionamos com a determinação social da saúde, descrita por Raul, Rosa (2015) defende uma psicanálise implicada, da escuta de sujeitos em situações precárias do campo social, no intuito de teorizar acerca de como esses sujeitos são enredados na “maquinaria do poder” (p. 30). Faz-se imprescindível uma cautela na análise dos quadros de neuroses graves no CAPS, no sentido

de não adotar uma posição de responsabilizar unicamente o sujeito pelo seu sofrimento em tais circunstâncias, estratégia ideológica comum da “sociedade de desempenho”, descrita por Han (2015, p. 23).

Contextualizamos, na análise socio-histórica, a região do Paranoá, como um local que surgiu do acampamento de trabalhadores e que foi ampliado com barracos e com a migração advinda do êxodo rural. Os frequentadores do CAPS em pauta, além de serem, em parte, habitantes dessa região e de lugares próximos, para vinculação ao serviço, possuem “condição psicossocial comprometida”, como debatemos no item sobre critérios de acolhimento na instituição. Essa condição também tem relações com o comprometimento, ou a falta, de condições sociais básicas de vida, como alimento, moradia, trabalho e lazer. Assim, localizamos os sujeitos que frequentam o serviço como podendo ter vivências em situações precárias do campo social. Helena discute, de modo convergente com Raul, sobre tais situações, conforme o fragmento subsequente.

(...) a gente não está falando de uma questão do sujeito, mas um sofrimento que se constrói nas relações, esses marcadores [raça, classe e gênero] são marcadores de vulnerabilidade, então as pessoas que estão sendo alvo constante, das mais diversas formas de violência e como sustentar, se sustentar no mundo com saúde, frente a todas essas violências e ataques.

Pujó (2000) assevera que a privação de necessidades básicas só pode ter espaço e ser tolerada em conjunturas específicas e que a sensação de desproteção na atualidade insere esses sujeitos em um desamparo discursivo. Para um cuidado contextualizado, portanto, é fundamental que se opere um diagnóstico psicossocial. Nesse cenário, no tangente à região na qual o CAPS está situado, Rodrigo aponta elementos cruciais para atentarmos em um diagnóstico que se proponha psicossocialmente contextualizado, como ilustrado no seguinte excerto.

A gente tem uma região aqui, essa região leste, que é uma região mais vulnerável socialmente mesmo (...) é um desamparo social, a questão de bebida, uso de drogas tem muito, uma ausência paterna tremenda, mas tem uma coisa muito recorrente, que é (...) a vizinha que cuida das crianças da vizinhança. (...) acontece muito caso de abuso. A criança fica ali, aquela vizinha “crecheira”, aí ela tem que dar uma saída, aí fica ali o filho dela, fica o primo, alguém cuidando das crianças, aí acontecem os casos de abuso. (...) Então é um problema social muito grande. Eu não estou dizendo que as pessoas vão virar neuróticos graves mais para frente, mas é muito comum esse público mais, no quadro mais neurótico grave que chega aqui, ter muitas vivências de abuso.

Rosa (2015) debate que foi possível a identificação de que, em determinados sujeitos confrontados com violência, o excesso de consistência do acontecimento pode impedir o esquecimento e o recalque que operariam na direção de separar-se do ocorrido, como podemos pensar nessas situações de abuso sexual. Em paralelo, Maldonado e Cardoso (2009), ao exporem sobre neuroses de guerra, abordam que o excesso traumático de realidade dificulta a representação metafórica do vivido. Nas situações traumáticas de precariedade e de desproteção sociopolítica e discursiva, Rosa (2015) evidencia que há uma temporalidade específica que de um instante engendra uma perpetuação. A título de exemplo dessa associação entre abusos, violência, trauma e neuroses graves, Beatriz trouxe alguns pensamentos significativos.

(...) a questão dos abusos sexuais na infância favorece dissociações. (...) A experiência de violência também, em alguma medida, mas o abuso sexual, ele tem uma coisa muito disruptiva nesse sentido da dissociação e que, (...) se relaciona com o desenvolvimento de neuroses graves ou de situações, quadros limítrofes.

Sobre a clínica do traumático, Rosa (2015) argumenta que ela tem lugar no instante perpétuo do trauma que toma posição total na experiência subjetiva e o sujeito responde com

a repetição do silêncio e da angústia. Rodrigo relatou que existem ocorrências que chegam ao CAPS:

(...) quase toda semana, que chega depois de algumas tentativas de suicídio, depois de tentar medicação aqui, ali (...) e chega e traz uma história de abuso que nunca falou para ninguém. A pessoa está há vinte, sei lá, dez, vinte anos guardando aquilo, aí ela fala com você pela primeira vez. (...) claro que não vai resolver aquele trauma, mas aquele peso que tira e de se sentir minimamente acolhida, o mínimo, o básico.

Segundo Rosa (2015), na clínica do traumático, a função de transformação do trauma em experiência compartilhada constitui um horizonte possível de trabalho, tal como Rodrigo demonstrou. O trabalho do pensamento (Green, 2017) que opere de modo a religar processos possivelmente apartados também pode ser profícuo. O trabalho ético e político delineado por Rosa (2015) é composto por:

(...) restituir um campo mínimo de significantes referidos ao campo do Outro; romper com o discurso violento que se apresenta como simbólico e marcar a supressão de qualquer participação nesse gozo; promover um giro discursivo que restitui o sujeito no laço social e no modo com que este o constrange e aliena, assim como incidir no discurso resgatando um lugar para o sujeito vias de resgate da dimensão do desejo.

Chamamos atenção para um trabalho analítico que rompa com o discurso violento e que marque a supressão da participação nesse gozo, retomando o caso que Raul retratou no item anterior, em que era interpretado que uma moça que frequentava o CAPS, o fazia para ter acesso a um benefício. Há um giro reflexivo importante a ser feito, em que, de uma operação ideológica neoliberal de acusação do sujeito, outra via interpretativa seria pela ótica da dimensão sociopolítica do sofrimento. Nesse contexto, entendemos que há um sujeito que busca benefício porque há uma carência de condições sociais básicas. Com a mudança de perspectiva, diferentes encaminhamentos podem ser tomados.

Ainda na perspectiva sociopolítica do sofrimento, outra consideração que surgiu nas entrevistas foi a associação do diagnóstico de neuroses graves com questões de gênero no CAPS. Foi unânime, em todas as entrevistas, que a maior parte do diagnóstico de neuroses graves no CAPS é de mulheres. Helena explicita que:

Todas essas acusações de fingimento, de chamar atenção, de teatro, de mentira mesmo algumas vezes, de manipulação, estão muito coladas com esse diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*, também em um caminho de uma questão de gênero importante. Acima de tudo são as mulheres que são diagnosticadas com esse transtorno, então também vejo uma herança da história da histeria.

Não parece ser sem fundamento a correlação entre demandas contemporâneas de sofrimento, os “casos difíceis” e histeria, tendo em vista essa herança que Helena menciona, do transtorno de personalidade *borderline* como um dos diagnósticos que se originou da histeria. Esse transtorno parece ser herdeiro não apenas do diagnóstico, mas da história da histeria como a história de mulheres que tinham seu sofrimento deslegitimado com todos os predicados que Helena descreve. Em sentido semelhante, Beatriz acrescenta: “os sofrimentos que são menos legitimados [pela equipe], a maioria das vezes são sofrimentos de mulheres. E um pouco nesse discurso de poliqueixosa.”.

Uma implicação dessas várias nomeações para o sofrimento neurótico grave é que elas inviabilizam que esses sujeitos tenham outras posições enunciativas, dificultando a própria transformação desse sofrimento, conforme Ambra e Paulon (2019). Os pesquisadores analisam que há um paradoxo acerca do reconhecimento do sofrimento e sua possibilidade de modificação, que podemos transpor para o caso das neuroses graves no CAPS. Por um lado, como reiteramos no item anterior, é preciso haver um momento de reconhecimento da existência de que há sofrimento nesses quadros para eles possam ser cuidados. Por outro lado, esse reconhecimento deve ser feito de modo a não cristalizar a posição do sujeito, o que

provocaria a manutenção do sofrimento. Dito de outra forma, considerando a demanda de reconhecimento como característica de alguns tipos de neuroses graves, faz-se necessário que o reconhecimento e a legitimação do sofrimento sejam feitos, sem que haja uma polarização que fixe o sujeito em lugares extremamente determinados (Ambra & Paulon, 2019).

Ainda sobre a associação entre neuroses graves e histeria, Helena segue o raciocínio, delineando alguns de seus desdobramentos.

(...) é quase como o comportamento esperado da mulher desequilibrada. Essa categoria “transtorno de personalidade”, ela já é, do ponto de vista diagnóstico, muito preocupante porque é uma categoria que, ainda que se explicita que se deve levar em consideração as questões culturais, é uma categoria, por definição, não por sintomas, mas por comportamentos. Está dizendo que o padrão de comportamento, o modo de ser dessa pessoa, não é aceitável. Então é isso, carrega já, por definição, uma estigmatização muito complicada.

Zanello e Andrade (2014) resumem que, nos últimos séculos, os transtornos mentais que eram explicados por um viés biológico, passaram a ser tratados como uma “personalidade feminina inadequada” (p. 201), o que corrobora com a fala de Helena. O lastro científico para estigmatização de comportamentos e, nesse caso, como base para preconceito de gênero, como o exemplo que Helena traz, da associação de comportamentos do transtorno de personalidade (Associação Americana de Psiquiatria, 2014), inserido no diagnóstico de neuroses graves no CAPS, como “comportamento esperado da mulher desequilibrada”, é discutido por Citeli (2001). A autora debate o entrelaçamento entre preconceitos sociais de gênero e o discurso científico, destacando que um grave problema são as consequências sociais e políticas que dele advém, como podemos perceber no caso da possível desassistência dos quadros de neuroses graves no CAPS.

Raul hipotetiza sobre o porquê de haver mais casos de neuroses graves em mulheres do que em homens no CAPS, trazendo um elemento de diferença entre o sofrimento de homens e mulheres na sociedade atual.

(...) talvez as neuroses dos homens sejam mais bem acolhidas, (...) estejam bem aí pela cidade e as das mulheres são vistas como doença, sejam muito mais sofridas e, por isso, elas estão todas no CAPS. (...) uma mulher que dissocia, uma mulher que quebra tudo, uma mulher que para de ser obediente para o marido, ela tem que estar no CAPS, na visão do marido.

Tal visão é indicativa do sofrimento como categoria política, na medida em que se relaciona com a maneira como corpos sofrem intervenções, comportamentos são normalizados, processos de socialização e de reprodução de formas de vida são defendidas (Safatle, 2011). Nesse sentido, retomamos Freud (1921/2011) com a asserção de que a divisão entre psicologia individual e social é apenas aparente, pois, desde o princípio, a primeira também é social. Tendo isso em vista, ilustramos a fala de Raul com o Relatório do Desenvolvimento Humano 1997, da PNUD/ONU de que “(...) nenhuma sociedade trata a suas mulheres tão bem como a seus homens” (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD] & Organização das Nações Unidas [ONU], 1997, p. 47). Raul, ainda, dispõe sobre essa dimensão sociopolítica do sofrimento em Freud e na atualidade ao expor: “Freud falava ‘essas mulheres sofrem porque elas estão caladas, porque elas estão reprimidas’. Agora, curioso, aquilo que ele tentou trazer naquele período não chegou ainda (...)”.

A despeito da maioria de casos de neuroses graves no CAPS serem mulheres, as participantes disseram que existe um outro aspecto a ser analisado. “Às vezes tem um outro caso que também é falado desse jeito [preconceituoso], mas que acho que tem um comportamento meio feminino, mas que são pessoas que choram, que demandam, que

manipulam.”. A deslegitimação do sofrimento não é apenas de mulheres, mas de comportamentos entendidos como femininos. Helena contou que “(...) vejo muito essa desvalorização da fala e das emoções do feminino. (...) o feminino em mulheres e em homens.”. Showalter (1987) faz pontes interessantes com as colocações das psicólogas, ao discorrer sobre mulheres, loucura e a cultura inglesa, traz concepções de que loucura é mais vivida por mulheres do que por homens e que, mesmo quando a loucura é experienciada por homens, ela é representada como feminina. A autora, ainda, assevera que “a loucura tem sido a etiqueta histórica para o protesto feminino e a revolução” (p. 5).

Ademais, surgiu nas entrevistas uma interseção entre os temas, neste item, tratados, no que tange ao entrecruzamento de gênero, violência e neuroses graves. Beatriz relatou que um fator que a chamou atenção quando ela entrou no CAPS foi:

(...) a repetição de casos de mulheres que tinham sofrido violências, especialmente abusos sexuais na infância e violência doméstica, às vezes, as duas coisas.

Simplesmente 95% das mulheres que eu atendi individualmente no CAPS tinham passado por isso (...) normalmente, o que dava, em termos de sintomatologia, é que essas mulheres estavam com depressões e questões de ansiedade grave, ideação suicida.

Beatriz articula os casos de mulheres que sofreram diferentes tipos de violência a sintomas comumente ligados às neuroses graves. A participante ressalta que essa relação não ocorre só com mulheres, mas também com “população LGBT, [com] violências relativas à homofobia.” Em fala de Rodrigo anteriormente mencionada, o psicólogo narrou sobre pessoas que chegam ao CAPS após diversas tentativas de autoextermínio e que passaram por situações de abuso que nunca haviam falado para ninguém. Entre as múltiplas razões para que esse silenciamento ocorra, Segato (2003) sinaliza a naturalização da violência doméstica e de maus tratos, ilustrando que, em entrevistas com mulheres, quando são feitas perguntas

sobre se as mulheres já sofreram violência doméstica, elas negam, porém quando os tipos de maus tratos são nomeados, o número de vítimas se duplica ou triplica.

Beatriz explicou a relação da violência de gênero com as neuroses graves a partir de uma perspectiva winnicottiana, evidenciando que “(...) são invasões muito graves do *self* e que geram efeitos, reações, às vezes mais primitivas...”. A invasão ambiental tende a gerar reações constantes por parte do sujeito que, por sua vez, sofre algo próximo de um colapso (Winnicott, 1963/1994).

Sobre o horizonte de transformação dessa dimensão sociopolítica do sofrimento, Ambra e Paulon (2019) argumentam que a denúncia da não execução de certas políticas e das faltas do Estado no que se refere à garantia de direitos deve ultrapassar o âmbito individualizante, no qual quem está injustiçado busca sozinho resolver a questão, o que é característico da noção neoliberal de indivíduo como empreendedor de si mesmo. Sendo assim, entender o sofrimento como categoria de espessura política implica partilhar essas experiências e pensar em estratégias coletivas que assumam um caráter motor para uma transformação social (Ambra & Paulon, 2019).

4.2.3 Caminhos de cuidado

Este tópico foi organizado no intento de formular alguns caminhos de cuidado nas neuroses graves, nos serviços de saúde mental. Discutimos comparações entre o cuidado nas psicoses e nas neuroses graves, e fornecemos indicações de possibilidades de cuidado nas neuroses graves, traçando modos de presença do analista no CAPS, de maneira e ilustrar o teatro/cinema como um dispositivo possível dessa presença.

4.2.3.1 Psicoses e neuroses graves no CAPS

Neste item, discutiremos alguns pontos comparativos entre psicoses e neuroses no contexto do CAPS. Um primeiro aspecto foi trazido por Rodrigo, que considerou a mudança

de perfil de frequentadores do serviço nos últimos tempos. O psicólogo relatou que, antigamente, a maior parte do público do CAPS era composta por homens psicóticos e que, hoje em dia, são mulheres com depressões e neuroses graves. Acompanhando a antiga demanda do serviço, Beatriz explicou que a clínica do CAPS foi pensada para “casos egressos de manicômios, principalmente casos psicóticos e de transtorno bipolar grave”. Entretanto, ela ponderou que há “desorganizações neuróticas tão graves quanto”.

Nesse panorama, retomamos a reforma psiquiátrica brasileira, com Tenório (2001), que deu origem aos CAPS, estruturando-os para o atendimento de especificidades da expressão subjetiva de sujeitos psicóticos. Como essa era a maior parte dos sujeitos que frequentavam o CAPS, Raul problematizou que as pesquisas científicas também seguiram essa demanda, de maneira que houve uma maior produção sobre psicose e quadros bipolares do que sobre neurose. Para suprir essa lacuna e, conseqüentemente, poder pensar em formas de cuidado mais adequado ao sofrimento neurótico, Raul julga que “a gente talvez precise também começar a construir mais ciência, mais técnicas, mais coisas sobre como lidar com esses casos [de neuroses graves]”, tal como nos propomos nesta dissertação.

No que tange às semelhanças no cuidado com casos de psicose e de neuroses graves no CAPS, Helena ressaltou os princípios da atenção psicossocial. Tendo-os como norte, estratégias de cuidado comum são, nas palavras da psicóloga: “os objetivos de construção/reconstrução dos projetos de vida, de inserção social, de ressignificação da experiência de sofrimento, de reabilitação psicossocial, de empoderamento”. Rodrigo acrescentou que o CAPS funciona como uma plataforma que forneça amparo para pessoas em profundo desamparo social, o que, nos tempos de neoliberalismo, é de suma importância, haja vista que sofrimentos oriundos de precariedade laboral, desemprego, isolamento social não encontram suas clássicas redes de amparo (Diehl, Silva, Montardo, Lourenço, Silva & Rodrigues, 2022). Beatriz, por sua vez, trouxe o aspecto de que o CAPS é um “lugar para

estar louco em conjunto (...), se você pega a loucura como um termo amplo”, isto é, um espaço de partilha de experiências (Ambra & Paulon, 2019).

Já no que se refere a diferenças no cuidado, discorreremos acerca dos âmbitos: estigma, transferência, atuação e manejo. Para iniciar a argumentação, Helena reflete que o estigma e a legitimação do sofrimento neurótico e psicótico no CAPS passam por caminhos distintos. Enquanto, na psicose, “ninguém duvida da intensidade do sofrimento, mas duvida da legitimidade do sujeito, porque sofre assim”, na neurose, mais especificamente no sofrimento histérico e *borderline*, a deslegitimação é do sofrimento como “não sofrimento”. Podemos inferir hipoteticamente que parece que para que um sujeito que seja legitimado como tal, não sofre ou, pelo menos, não sofre de determinada maneira. A negação do sofrimento como parte integrante da condição humana está profundamente atrelada ao neoliberalismo e sua consequente desproteção social (Diehl *et al.*, 2022).

Com relação à transferência e seu manejo, Rodrigo descreveu o aspecto da multirreferencialidade e da fragmentação da transferência nas psicoses, citando, a partir de Bleger, que “na psicose, a transferência vai estar com o que é mais primitivo e o que é mais primitivo é o enquadre, é essa parte às vezes até mais física da instituição, do local”. Segundo Oury (2003), a transferência nas psicoses é, de algum modo, dissociada, que se ancora em fragmentos, detalhes, como desde a cor do cabelo a espaços físicos. Nesse sentido, Helena complementou que:

a grande riqueza no trabalho com a equipe são os olhares diferentes, são as possibilidades de a pessoa com sofrimento psicótico deixar um pouquinho dela de forma diferente, com pessoas diferentes e a equipe poder olhar para isso e ter um olhar mais complexo, mais rico, menos homogêneo (...).

É por meio de uma história comum a ser reconstruída pelos frequentadores do serviço com a equipe, que resgata os pequenos fragmentos do sujeito, que é possível uma diminuição da predominância projetiva nas psicoses (Diatkine, Quartier-Frings & Andreoli, 1993).

Distintamente, nas neuroses graves, segundo Rodrigo “isso pode ser muito confuso para eles (...) não vai fazer esse tipo de transferência com o serviço, vai ser uma transferência que ela vai estar um pouco mais organizada (...)”. Sendo assim, Helena diferencia o manejo clínico da transferência nas neuroses graves, trazendo que:

(...) é importante uma coesão da equipe, é importante uma equipe que esteja significando, especialmente, as experiências de confronto e de circulação entre as diferentes pessoas da equipe, os diferentes grupos, que esteja todo mundo conjuntamente olhando para isso e olhando para isso no sentido clínico, de qual é o sentido dessas ações, qual é o sentido dessas atuações, que sofrimento que está sendo expresso a partir daí.

No lugar de profissionais que têm olhares diferentes e que juntam os fragmentos do sujeito para pensar o cuidado nas psicoses, nas neuroses graves, Rodrigo, em direção semelhante à de Helena, defendeu que a equipe deve estar coesa e agir também dessa forma. Complementando, Beatriz relatou que, nas neuroses graves, “os sintomas vão aparecer em questões relacionais, de triangulação. Então, assim, muitas vezes a gente tem que ter um olhar mais cuidadoso para esse tipo de transferência (...)”. A psicóloga explicou esse cuidado, dizendo que se deve dar certos “contornos relacionais”, citando o exemplo de uma frequentadora, conforme trecho a seguir.

Isso é um desafio para um dispositivo como o CAPS, porque tem uma clínica psicossocial ampla, aberta (...) é importante ter contornos, porque ela vai, às vezes, demandar, da escuta de todo mundo, falar sobre toda a vida dela, mas eu acho que desorganiza ela se ela ficar com várias escutas individuais e as pessoas dando

devolutivas. Eu acho que falar ela vai, mas muitas coisas são importantes que a gente enderece para a terapia individual dela, porque pode ter confusões de triangulação.

Um elemento contrastante com relação à atuação nas psicoses e nas neuroses foi levantado por Raul.

Uma atuação de alguém que tem um quadro *borderline*, que a atuação é xingar todo mundo e jogar com todo mundo, se aquilo for atuado, dissolve o grupo. É como se a atuação psicótica, ela é possível construir com o grupo, coletivizar e fazer um trabalho de agenciamento social da loucura. Algumas atuações do campo da neurose, elas são disruptivas.

Sobre esse aspecto, Dunker (2005) dispõe que um ponto acerca do diagnóstico diferencial da loucura histérica e das psicoses, a saber: a mobilidade e a extravagância de sintomas, em que “essa variação poderia ser pensada como uma espécie de solução em ato” (p. 54). A fala de Raul ganha embasamento ao considerarmos que a loucura histérica é um tipo de histeria que se opõe ao laço social e que a solução sintomática passa pelo ato (Dunker, 2005). Para o autor, a confusão entre loucura histérica e psicoses é que, enquanto a primeira se coloca contra o laço social, a segunda não o recusa, mas tem dificuldades em mantê-lo.

Houve uma divergência na equipe no que se refere ao manejo dos quadros de neuroses graves, quando comparados com casos de psicoses em oficinas terapêuticas. Rodrigo se posicionou da maneira explicitada no seguinte fragmento.

Eu evito inserir, por exemplo, uma pessoa com quadro mais *borderline* e tudo, eu evito inserir em algumas atividades. Eu coloco em atividades mais pontuais mesmo, nessas que eu te falei de psicoterapia de grupo... (...) eu evito os grupos mais artísticos: música, capoeira, teatro. (...) eu coloco em grupos que sejam mais verbais ou que tenham um trabalho corporal mais simples, mais tranquilo.

Apesar de Rodrigo evitar os “grupos mais artísticos” para casos de neuroses graves, o psicólogo narrou a história de uma moça com um quadro limítrofe que frequentava a oficina de capoeira e que teve benefícios em termos de cuidado naquele ambiente. Com uma posição diversa, Raul pensa que:

(...) [a oficina de] música e do teatro como espaços possíveis que a gente tem que estar preparado para experimentar. A ideia de que “não é bom para ele” pode ser ruim, ao menos que seja uma coisa muito clara de desindicação, como eu falei da questão da conversão e dos grupos de corpo, que aí realmente eu tenho a sensação de que não é legal. Ou de alguém que está mimetizando sintomas e vai para um grupo para compartilhar experiências. Então acho que aí são coisas mais de proibições específicas em relação a formas de funcionamentos específicos.

Um ponto convergente entre os dois profissionais é a visão de que há algo a ser considerado sobre a dimensão corporal ao inserir frequentadores nas oficinas. Raul tem essa cautela, especialmente em quadros conversivos. Entretanto, na ótica de Raul, não haveria uma desindicação geral para a participação de sujeitos com sofrimento neurótico grave em oficinas artísticas, como a música e o teatro. É preciso atentar, em sua perspectiva, funcionamentos subjetivos específicos, isto é, em caso a caso, não necessariamente com uma definição por diagnóstico. Beatriz entende que:

(...) o trabalho em grupo pode ser muito bem utilizado para isso, especialmente nos casos limítrofes, porque eu acho que aparece muita coisa e que é um lugar meio, não sei, acho que a pessoa está tentando estabelecer separações mais claras entre eu e não eu, então acho que o grupo é uma riqueza.

A psicóloga percebe a potencialidade de grupos, inclusive os artísticos, para o trabalho com as neuroses graves. A oportunidade de trabalhar em conjunto com outras pessoas as

relações em suas aproximações e separações parece ser fecunda para esses casos, quando levamos em conta que a diferenciação eu e não-eu é central em, por exemplo, problemáticas narcísico-identitárias (Roussillon, 2012). Ao mesmo tempo que pode ser um trabalho desafiador por haver justamente uma dificuldade de separação, é uma ocasião propícia ao trabalho dos limites entre eu e outro.

Para finalizar este item, Raul e Beatriz resgataram a noção de núcleos de sintomas no psiquismo. Beatriz lembra que “com a psicanálise contemporânea a gente pensa, também, que existem vários núcleos diferentes de sintomas em um mesmo sujeito.”. Raul, por sua vez, reitera: “Eu gosto muito da ideia do Bion, que a gente tem vários núcleos e que esses núcleos comparecem a partir de cada entrelaçamento transferencial.”

Figueiredo (2012) resume a ideia bioniana de que há núcleos psicóticos coexistindo, lado a lado, com núcleos neuróticos, em cada um de nós. Tal percepção como que borra a fronteira que separaria neuroses e psicoses por barreiras rígidas. Acompanhando esse “borrão”, a clínica deve poder se flexibilizar em seus vértices (Figueiredo, 2012), em outras palavras, ser elástica em sua técnica (Ferenczi, 1928/1992).

4.2.3.2 Possibilidades do cuidado e modos de presença do analista

Tendo perpassado aspectos sobre as neuroses graves no CAPS, como acolhimento, diagnóstico e desafios do serviço; a dimensão sociopolítica do sofrimento em territórios periféricos; e elementos comparativos acerca de neuroses graves e psicoses no CAPS, neste item, discutimos mais algumas possibilidades do cuidado em casos de neuroses graves, delineando alguns modos de presença do analista. Uma noção importante, da qual partimos é a de Figueiredo (2021), que sustenta que a condição para haver psicanálise é que opere uma mente de analista, uma disposição de mente, em sua faceta ética e técnica e em sua escuta, ressaltando o caráter de virtualidade intrínseca ao dispositivo analítico. Nas situações mais

diversas de “enquadres exteriores”, tal como no CAPS, portanto, pode haver um trabalho em que o psicanalista faz “outra coisa” (Winnicott, 1962/1983).

Um primeiro tema que surgiu na fala dos profissionais foi a necessidade de supervisão clínica institucional para que o cuidado possa ser construído de forma mais adequada para casos de neuroses graves no serviço. Atualmente, o CAPS não está tendo supervisão institucional, o que é uma “falha estrutural” para Beatriz. Raul complementa:

a saúde mental até tem o dispositivo de supervisão clínico-institucional, mas aqui no DF a gente não conseguiu acessar, então muitas vezes a gente também pode estar atuando ou pode estar não conseguindo sentir e perceber coisas do outro porque várias dessas coisas são nossas.

O fato de não haver supervisão é um desafio, que Beatriz relatou diminuir “nossas capacidades, inclusive internas, emocionais, de lidar com as coisas, porque exige muito” e que, “sem ter espaço para pensar, às vezes a gente vai mesmo atuar ou se irritar, não nomear aquilo como sofrimento (...)”. A Portaria de número 1.174 do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) verificou a inexistência de supervisão clínico-institucional regular na maioria dos CAPS de todo o Brasil e estabeleceu um Programa de Qualificação dos CAPS que previa o trabalho de supervisão semanal com profissional de saúde mental qualificado, externo à equipe do CAPS. Entretanto, os participantes relataram que essa iniciativa não foi efetivada até o momento presente. Helena acrescenta, resumindo que, para um melhor cuidado nesses casos “Precisamos de um trabalho não só de comunicação, de discussão dos casos, de supervisão, mas, também, de formação, de educação permanente, a necessidade de desconstrução de vários preconceitos, de vários estigmas (...)”.

Raul destacou a dimensão do corpo do terapeuta no cuidado que se presta no CAPS. O psicólogo retoma Lancetti (2007) com a asserção de que, na reforma psiquiátrica, “a gente

substitui os muros do manicômio pelo corpo do terapeuta.”. E se pergunta: “será que, no nosso corpo, a gente dá conta das atuações *borderline*?”. Gus (2007), ao conceituar o *enactment*, chama atenção para a atuação que ocorre no conluio a dois, ou seja, que o analista também atua nessa relação. Raul completou que “a gente tem que estar mais atento às nossas atuações inconscientes, porque o terapeuta não é esse sujeito que está sempre ali só interpretante e parado na cadeira, ainda mais na saúde mental.”. Ilustrando como isso ocorre no trabalho com oficinas de música no CAPS, Raul questiona “Então quando eu sou acelerado, e na música eu estou lá superacelerado, o que isso ajuda para alguns usuários e o que isso atrapalha para outros usuários?”. Essa atenção ao corpo é tratada por Roussillon (2012) no âmbito do corpo do analista como um corpo interpretante.

Ainda sobre o grupo de música, Raul discutiu uma potencialidade do cuidado nessa oficina em um caso de uma moça com um quadro de histeria: “Esse caso eu sinto que ela só conseguiu sair desse ciclo de melhorou, piorou, melhorou, piorou, quando ela pode ver que, mesmo bem, ela mandava bem. E tocar música e ser uma artista foi importantíssimo.”. Assim como expomos no Capítulo 2, sobre a dimensão política do encontro entre teatro/cinema e saúde mental, nessa situação, certa lógica de poder pôde ser subvertida (Rivera, 2021) quando essa moça se percebeu como parte integrante da cultura, como música. A dimensão clínica se entrelaça nessa ocasião, de maneira que o sintoma de ser vista pelo sofrimento foi transformado em poder ser vista em outro lugar, como artista.

Raul adicionou que não foi apenas o grupo de música que auxiliou nessa transformação, que “eu fiz AT [acompanhamento terapêutico] com ela, eu atendi ela individualmente muito tempo, ela ficou anos no nosso CAPS (...)”. O dispositivo de atendimentos individuais também foi levantado por Rodrigo e Helena como essenciais nesse cuidado. Rodrigo falou sobre a demanda de uma “atenção mais individualizada” em casos de

neuroses graves e de, como corolário da parte do analista, uma “escuta mais ativa”, que ele entende da maneira exposta no excerto subsequente.

(...) [são pessoas que] chegam com a ferida muito aberta e que não dá pra você fazer uma escuta que seja muito passiva, para depois fazer uma interpretação. Você tem que estar mais presente no processo. (...) pessoas que precisam de nomear algumas coisas, precisam de um reconhecimento, é uma escuta mais dialógica, de “isso e isso aconteceu, você está dizendo” (...) Uma presença que não seja invasiva, uma presença acolhedora. (...) atenta não só no sentido de estar prestando atenção, mas de estar fazendo algumas pequenas intervenções ali para que a pessoa só não chegue aqui sangrando e você “espera aí, vou colocar um curativo aí”. Acho que essa coisa mais dialógica eu vejo que funciona mais nesses estados-limites.

A qualidade da presença indicada por Rodrigo se assemelha às disponibilidades do cuidado na convivência, concebidas por Resende (2015). A autora caracteriza essas disponibilidades como: estar com, fazer junto e deixar ser. A primeira é constituída pela disponibilidade de acolher o que vem do outro, sem julgamentos ou interpretações; a segunda se relaciona à interlocução na convivência; e a terceira diz respeito a uma ação negativa, a uma espécie de silenciamento que ofereça abertura para o tempo e espaço do outro.

Helena ressaltou a importância não só de atividades em grupo, como de momentos individuais para “ajudar a elaborar algumas coisas que surgiram nos grupos, inclusive algumas das atuações... (...) pode ser o mesmo profissional que está conduzindo o grupo e ter um momento, depois do grupo, para poder ajudar a elaborar algumas coisas que surgiram ali.”.

Beatriz trouxe uma concepção sobre o manejo nos casos de neuroses graves no CAPS, utilizando o conceito de Bion, de *rêverie*, que Figueiredo (2012) descreve como um sonho

desperto, no qual o analista fornece uma continência ativa que opera a favor do sujeito, sonhando vivências não sonhadas por ele e auxiliando na simbolização e metabolização de experiências emocionais. Nesse sentido, a psicóloga ilustra esse processo lançando mão da “metáfora da digestão” no caso de uma frequentadora do CAPS, retratada no trecho a seguir.

(...) me lembra da Joana falando que ela precisava vomitar, porque eu sempre tenho muito essa sensação com ela, que ela precisa vomitar porque ela não está dando conta daquilo dentro dela, então ela precisa de ajuda, que a gente pegue esse vômito e faça uma digestão e devolva para ela de uma forma mais organizada.

A psicóloga adiciona que, nos casos de neuroses graves, o manejo vai no sentido de, quando há algo do “campo do ataque, eu acho que é sobrevivência e tentar devolver isso tentando encontrar o que está por trás da necessidade de porque aquela pessoa está te atacando. (...) E tentar traduzir isso, começar a dar nome para isso”. Parece que essa tentativa de tradução passa pela ordem do trabalho de pensamento nos casos-limite, descrito por Green (2017).

Outra estratégia de cuidado nos casos de neuroses graves é o grupo de teatro e cinema do CAPS. Helena elogia o trabalho, mencionando a riqueza da oficina. Ela entende que é uma oportunidade de dar:

(...) chance de vazão para essa intensidade com potencial de elaboração. Então teria aquele conflito, que ele é encenado e essa cena é coletiva, então outros pontos de vista entram, outras perspectivas. E se tem esse espaço, inclusive depois, individual, de ajudar a elaborar, “olha só, está na mesma situação, tal como a gente encenou, tem várias formas da gente lidar com ela. E algumas formas que ajudam a construir as nossas relações e formas que ajudam a destruir”.

O teatro parece ser uma ocasião em que é possível um trabalho da alteridade (Celes, 2003) nos casos de neuroses graves. O contato com outros pontos de vista em cena e a posterior elaboração sobre os variados caminhos que uma cena poderia ser realizada, como Helena descreveu, pode auxiliar no trabalho da elaboração de limites e na instituição da “alteridade como presença irredutível” (Celes, 2003, p. 19).

Ainda no trabalho coletivo de teatro e cinema, Beatriz assevera que pensa não somente em sintomas, mas em potências de sujeitos com quadros de neuroses graves. Mesmo com sintomas que misturam a relação entre eu e outro, Beatriz reconhece certo lugar para eles no grupo, conforme o fragmento seguinte.

São pessoas muito relacionais e quando elas estão animadas, elas trazem muita coisa.

Elas dão muitas ideias, elas têm uma sensibilidade, às vezes, para o outro, porque elas são muito sensíveis. Então, assim, quantas e quantas vezes a Joana já não chamou atenção para a necessidade de outra pessoa dentro do grupo? (...) Às vezes ela vai fazer isso de um jeito misturado, com raiva da gente porque se identificou, mas ela tem essa sensibilidade, que eu acho que é produtiva para o grupo. As pessoas sentem falta dela quando ela não vai, acham ela engraçada, então tem uma vivacidade que eu acho que traz para o grupo.

Neste momento, com o propósito de ilustrar o trabalho da oficina de teatro e cinema, na qual a pesquisadora deste trabalho faz parte, no que tange à articulação entre saúde mental e psicanálise, apresentaremos duas experimentações coletivas de jogos teatrais de improviso com algumas reflexões. A primeira delas foi uma encenação que incluiu duas personagens: uma psicóloga e uma pessoa em terapia/paciente. A ideia do jogo surgiu de uma participante da oficina, frequentadora do centro de saúde mental, Joana, que já havia “brincado” de ser psicóloga no serviço em diversas ocasiões.

A frequentadora em questão sofre, em grande medida, de atuações, de “transbordamentos”, em que seus afetos a tomam de maneira bastante intensa nas relações e ela reage a partir deles, sem conseguir se conter, fazer diferente ou ponderar consequências, o que já a colocou em situações delicadas. A personagem psicóloga, inventada por ela, portanto, tem justamente essa característica, de dizer tudo o que pensa.

Nesse cenário, podemos refletir acerca de algumas potencialidades do teatro e cinema no cuidado em saúde mental. Em primeiro lugar, há nesse campo teatral a circunstância para que a frequentadora transforme seu sintoma em personagem, compartilhando-o com o restante do grupo e, no caso da psicóloga, podendo, inclusive, usar de humor após assistir ao filme. Vivès (2020) nos aponta para essa virtude do teatro, que nos permite experimentar ser um outro sem “ser louco” e, acrescenta, que o comediante, ao experienciar ser outro, pode ter sensações e sentimentos que nunca tivera anteriormente, retornando a si enriquecido de vivências.

Além disso, a oportunidade de encenar uma personagem como a psicóloga permite que a frequentadora coloque algo de si na personagem que é ela, mas que, ao mesmo tempo, não o é, isto é, há certa abertura para que ela seja outra(s). Há um favorecimento de que ela transite entre dentro/fora, e crie espaços potenciais (Mota, 2013) que, em alguma medida, se articulam com a noção do impossível posto em cena (Quinet, 2019).

O artista Lula Wanderley (2002) nos lembra que a função da arte é ofertar lugar para que as pessoas se encontrem na cultura, o que se relaciona não apenas com uma dimensão clínica, mas também com a dimensão política, debatida no Capítulo 2. Na oficina em pauta, alguns frequentadores já mencionaram que se veem nesse coletivo como num “bando”, ou formando uma “colmeia”. Extraímos desses significantes a relevância da partilha da presença, de palavras e de afetos, de maneira geral, e em situações de atuações não

elaboradas (Amparo *et al.*, 2020) que, no espaço da oficina, parece ofertar uma sensação de pertencimento que é, para alguns, inclusive, um dos únicos lugares que eles mantêm relações, mesmo que, por vezes, com reviravoltas e conflitos intensos.

Outra experimentação sobre a qual refletimos foi a que intitulamos de “Chave do troca”. Em cena, havia dois atores que, de acordo com uma situação escolhida pela plateia, desenvolviam um diálogo. O diretor, ao longo da encenação, decidia os momentos em que diria “troca” e o que estava sendo dito, deveria ser trocado imediatamente por outra fala, podendo pedir para trocar uma mesma fala quantas vezes definisse. O resultado foi que as falas oscilavam geralmente de um extremo ao extremo oposto e, por vezes, chegavam em lugares intermediários.

O teatro como inconsciente em cena (Quinet, 2019) parece tomar forma nesse jogo de maneira bastante evidente, sobretudo, no aspecto do inconsciente como essa instância onde não há o negativo e os opostos coexistem (Freud, 1914-1915/2010). A facilidade da passagem de um extremo a outro é indicativa desse elemento. Há também certa brincadeira com a associatividade psíquica nessa improvisação, de modo que, associando desde o comando do disparador “troca”, algo vai sendo criado.

Tendo como base o inconsciente estruturado como um teatro (Quinet, 2019) e a dimensão da criação envolvida na “Chave do troca”, proponho pensarmos nas cenas improvisadas como sonhos, onde, justamente, essa propriedade da coexistência de opostos é nitidamente revelada. Nesse sentido, partindo da noção de sofrimento como falta de imaginação ou do sintoma como imaginação congelada (Slavutsky & Sousa, 2021), esse jogo abre fendas para o descongelamento imaginativo, da capacidade de sonhar. Essa indicação ficou explícita após o jogo, em que uma frequentadora disse algo como: “a gente podia fazer mais isso na vida, essa ‘troca’ de pensamentos, de falas...”. Essa é uma faceta da ética psicanalítica, que podemos retomar pela via artística em que o outro, a arte, nos faz ver coisas

sobre nós que não víamos antes. A “realidade psíquica em cena” (Gus, 2007, p. 1) encena, por meio de práticas coletivas, a produção de um ato “que toca dimensões do real, simbólico e imaginário, contornando e significando aquilo que, por vezes, é negado socialmente. Só então pode ser possível desidentificar o acontecimento, para que trace um futuro para todos e se torne um emblema cultural” (Rosa, 2015, p, 35-36).

4.3 Interpretação/Reinterpretação

Neste momento do trabalho, destaco alguns marcos e interpretações como maneira de sintetizar as análises socio-histórica e formal em articulação com os capítulos teóricos. Primeiramente, sobre a escrita deste texto, penso que certo ritmo e movimento aconteceram paralelamente entre os capítulos teóricos e de análise: de um começo denso, com elaborações sobre diagnósticos e desafios correlatos para, aos poucos, a tentativa de esboçar encaminhamentos e alternativas às problemáticas, que, por fim, levaram ao teatro e cinema como forma de cuidado em um CAPS. É como se, de um esforço inicial para delimitar o fenômeno estudado – as neuroses graves –, que permeou as formulações teóricas e que ocupou grande parte da fala dos entrevistados, essa preocupação tenha ido se dissolvendo em caminhos que chegaram à arte e à prática coletiva como forma de cuidado.

Conjecturando sobre uma das razões para ter havido considerável trabalho quanto ao diagnóstico, é possível pensar que uma questão central das neuroses graves é justamente certa revolta contra tentativas de apreensão da experiência por um saber, por um diagnóstico ou por identidades fixas. Entretanto, há um fio condutor do trabalho que opera mais ou menos no sentido de questionar o que poderia ser um enfoque predominantemente psicopatológico.

Apesar de o diagnóstico ser uma ferramenta útil para fornecer algumas pistas ao direcionamento do cuidado, a arte, já reconhecida como via fecunda de cuidado em serviços de saúde mental (Mota, 2013), parece dissipar um tanto a caracterização sintomática, por

assim dizer, dando abertura para as múltiplas formas de expressão e de comunicação da experiência de cada um. Seja pela catarse de afetos vividos entre ator e personagem (Vivès, 2020); pela possibilidade de trânsito entre o eu e o outro (Mota, 2013); pela oportunidade de encenar algo que tem a ver com o eu, mas que ao mesmo tempo é outro, tecendo espaços potenciais de criação (Mota, 2013); pela ocasião de ver e rever as próprias encenações e ver-se como outro e, possivelmente, rir do que foi produzido; pelo contexto de “encontrar um bando”, um lugar social para circunscrever-se (Tenório, 2001); pela possibilidade de se colocar como artista na cultura e ser reconhecido como tal, como no caso que Raul descreveu; esses podem ser efeitos importantes para o cuidado em saúde mental, que ultrapassam o diagnóstico.

Um dos principais problemas diagnósticos, sobretudo daquele que é feito somente por sintomas e caracterizações, é quando ele se torna justificativa para desassistência a certas manifestações do sofrimento. Acompanhando o pensamento de Oury e Salignon (2003), para algumas questões do campo psicopatológico e do cuidado, há certas decisões que precisam ser feitas, a despeito de grandes justificativas epistemológicas que podem manter quem cuida em uma espécie de refúgio em um Olimpo dos conceitos, uma vez que envolvem consequências severas para a vida das pessoas, como a segregação. Nesse sentido, entendo que passa por um aspecto de decisão, inclusive, política, o reconhecimento do cuidado nas neuroses graves em serviços de saúde mental, como o CAPS.

Outro ponto de destaque é a problemática de como as críticas dos frequentadores ao serviço e aos profissionais são recebidas com muita resistência por parte da equipe, que não distingue a faceta de comunicação do sofrimento implicada nesse movimento e que, possivelmente, entende como um aspecto pessoal. Por um lado, é bastante custoso receber tais críticas quando existem inúmeras falhas estruturais no sistema de saúde e pode ser difícil não ser reconhecido em seu trabalho. No entanto, se a problemática do sofrimento gira

justamente em torno de apontar as falhas e criticar, onde esse sofrimento será cuidado?

Talvez possamos retomar com Calligaris (2008) que, como terapeuta, não devemos buscar amor e reconhecimento porque o trabalho é de outra ordem. Por outro lado, a cidadania, como valor orientador da RPB (Tenório, 2001), só pode ser efetivada se há espaço para que os sujeitos possam não só elogiar, mas também reclamar por seus direitos. É premente lembrar que o silenciamento é manicomial, associa-se ao “manicômio mental” (Pelbart, 1992), relativo à lógica de exclusão e a pensamentos e práticas que cristalizam relações; enquanto o conflito faz parte da vida.

Tendo feito tais considerações, há um elemento sensível que indiquei em alguns momentos do trabalho e que ora retorna: os desafios que envolvem as dificuldades da equipe no cuidado nas neuroses graves não podem ser individualizadas. A falta de suporte aos profissionais, de supervisão institucional e de serviços de saúde mental suficientes para atender a população (Governo do Distrito Federal, 2018) se conectam a um processo mais amplo de enfraquecimento do SUS, que vem ocorrendo por meio de políticas neoliberais de ajuste, em que fundos públicos são utilizados para incentivo da economia privada (Vasconcelos, 2016). Para a consolidação da clínica ampliada, é preciso uma mudança estrutural política.

Um último ponto que evidencio é sobre a potência do teatro e cinema para o cuidado em saúde mental. A possibilidade de transformar uma atuação *em ato* em um *jogo teatral* parece subverter a lógica de que não há espaço no CAPS para significantes que apareceram relacionados às neuroses graves; é, na contramão, ofertar lugar para o jogo, a teatralização e o ato.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo geral “compreender as possibilidades do cuidado, a partir de uma disposição clínica psicanalítica, em sujeitos com quadros neuróticos graves em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Distrito Federal”. Consideramos que desenvolvemos esse objetivo na medida em que exploramos nos capítulos teóricos, principalmente por meio de uma leitura psicanalítica, algumas das problemáticas e de encaminhamentos da clínica contemporânea, a direção do cuidado em seu manejo e transferência, enfatizando o CAPS como uma alternativa para esses casos e, mais especificamente, o papel do teatro e do cinema nesse cuidado. Nas análises, buscamos categorizar as entrevistas a partir dos temas que mais se sobressaíram, articulando-as com a literatura e com reflexões da vivência da pesquisadora.

Como objetivos específicos, o primeiro deles, “explorar psicanaliticamente os cuidados que se prestam pela equipe em casos de neuroses graves no CAPS em questão” foi trabalhado ao longo de toda a análise, uma vez que os entrevistados trouxeram sua experiência de cuidado nesses casos no CAPS e a analisamos a partir da psicanálise. O objetivo específico de “comparar o cuidado ofertado pela equipe em casos de psicoses e de neuroses graves” foi desdobrado, principalmente no item *4.2.3.1 Psicoses e neuroses graves no CAPS, da análise formal*. Já o objetivo de “analisar as contribuições do cuidado na clínica das neuroses graves para a abordagem psicanalítica no CAPS pesquisado, buscando traçar modos de presença do analista” foi desenrolado no texto, em geral, ao buscarmos pensar o lugar da psicanálise no CAPS e, mais especificamente, no item *4.2.3.2 Possibilidades do cuidado e modos de presença do analista*, da análise formal.

Após as elaborações teóricas dos objetivos trabalhados, ressaltamos o caráter de acontecimento da transferência (Celes, 2003) como aposta para que os sujeitos que

frequentam o CAPS possam, singularmente, serem cuidados, levando em conta aquilo de inantecipável que ocorre no presente da relação com a equipe e o serviço. Nesse ponto, a impossibilidade da consumação da transferência, isto é, o aspecto que não se consome do vínculo que busca se repetir, é o que oferece abertura para a transformação. Nas relações transferenciais que os frequentadores estabelecem com a equipe e com o serviço, podemos perceber, a partir da psicanálise, que, para além da oportunidade de expressão em oficinas, a questão central do cuidado gira em torno de como dar lugar simbólico para o ato, nos casos de neuroses graves. No teatro e cinema, portanto, a atuação teatral, a interpretação de papéis, possibilita a simbolização do ato. Não apenas durante as encenações a simbolização é possível, como após as interpretações, em um momento posterior de elaborações sobre o que foi produzido, ela também se faz presente, fornecendo lugar e dando sentido às produções.

Para finalizar, salientamos o termo “limite”, que apareceu em diversos momentos associado às neuroses graves e que trabalhamos nos capítulos teóricos ao caracterizarmos os casos-limite. Conjecturamos que parece que há uma associação entre limites e a clínica contemporânea, em que questões sobre o estabelecimento de limites intrapsíquicos e interpessoais, como no duplo limite, são enfocados. Como corolário, tais temas fazem pensar os limites do próprio serviço de cuidado, do enquadre e, em alguma medida, da psicanálise. Acompanhando esse raciocínio, chegamos ao limite deste trabalho, recomendando que sejam realizadas mais pesquisas sobre o cuidado nas neuroses graves nos CAPS, considerando a lacuna de trabalhos que tenham esse enfoque e pesquisas que articulem modos de superar o estigma de algumas formas de sofrimento, como as tratadas nesta dissertação. Formulamos, ainda, como ponto de abertura para trabalhos futuros, as seguintes perguntas: Como pensar os limites do cuidado, do enquadre e da psicanálise, para melhor cuidar das formas de organização subjetivas dos tempos atuais?

Referências

- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ambra, P. e Paulon, C. (2019). Sofrimento, verdade e políticas identitárias. São Paulo: *LavraPalavra Editorial*.
- Amparo, D. M., Morais, R. A. O. & Alves, A. C. O. (2020). Adolescentes nos limites e a clínica do sensível como dispositivo psicoterapêutico. In Amparo, D. M., Morais, R. A., Brasil, K. T. e Lazzarini, E. R. *Adolescência: psicoterapias e mediações terapêuticas na clínica dos extremos*. Brasília: Technopolitik.
- Armony, N. (2010). *Borderline: another reality*. São Paulo: Editora Revinter.
- Artaud, A. (2006). *O teatro e seu duplo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Associação Americana de Psiquiatria, APA. (2014). *DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Barbosa, M. T. (2013). A transferência como devir: Ferenczi e o primado do afeto em psicanálise. In: Figueiredo, L. C., Saviotto, B. B. e Souza, O. (Orgs.) *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Bezerra Jr., B. (2013). A elasticidade para além da técnica. In: Figueiredo, L. C., Saviotto, B. B. E. Souza, O. (Orgs.) *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 2(1), 35-49.
- Bocuhny, C. (2022). A “cupinização” do Sistema Nacional do Meio Ambiente. (Reportagem). Disponível em: <https://oeco.org.br/colunas/a-cupinizacao-do-sistema-nacional-do-meio-ambiente/>
- Bokanowski, T. (2005). Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático, trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39(1), 27-38.
- Bollas, C. (1999). *Hysteria*. Londres: Routledge.

Braga, F. W. (2012) *A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília.

Brasil. (1988). *Constituição Federal de 1988*. Diário Oficial da União.

_____. (2001). *Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília.

_____. (2004). *Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2005). *Portaria de número 1.174*. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html

_____. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2016). Emenda constitucional 95. Diário Oficial da União.

_____. (2019). *Nota técnica número 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*.

Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC

%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC

%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf.

Brett, G. (2002). Prefácio. In: Wanderley, L. (2002). *O dragão pousou no espaço: arte contemporânea, sofrimento psíquico e o objeto relacional de Lygia Clark*. Editora Rocco.

Calligaris, C. (2008). *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. Planeta Estratégia.

Candi, T. S. (2017). Prefácio à edição brasileira. In: Green, A. *A loucura privada. Psicanálise de casos-limite*. Editora Escuta.

Canguilhem, G. (1978). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense.

- Cassorla, R. M. S. (2013). Afinal, o que é esse tal *enactment*?. *Jornal de Psicanálise*, 46(85), 183-198.
- Celes, L. A. (2000). Aspectos metodológicos da construção da psicanálise. *ALTER – Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, 19(2), 309-320.
- _____. (2003). Anotações para uma abordagem às demandas contemporâneas de psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, (37)4, 1019-1034.
- _____. (2007). "Dora" contemporânea – e a crise terapêutica da psicanálise. *Psicologia Clínica*, 19(1), 137-154.
- _____. (2013). Experiências arcaicas e técnica psicanalítica. In Figueiredo, L. C., Savietto, B. B. e Souza, O. (Orgs.) *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Chauvet, D. C. V. (2019). *O cuidado nas psicoses: reflexões para uma clínica ampliada à luz da psicanálise*. (Monografia). Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- Citeli, M. T. (2001). Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Revista Estudos Feministas*, 9, 131-145.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: Positiva/Abraffip. Cruz, N. F. O.,
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dall Agnol, E. C., Meazza S. G., Guimarães A. N., Vendruscolo C., Testoni AK. (2019). Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline na perspectiva freireana. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40.
- Dardot, P. & Laval, C. (2016). *A nova razão do mundo*. São Paulo: Boitempo.
- Demo, P. (2006). *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. Campinas: Papyrus.
- Desinstitute (2021). *Saúde Mental em Dados: Acesso as edições eletrônicas de 2006 a 2015*.

(Reportagem). Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/saude-mental-em-dados-acesse-as-edicoes-eletronicas-de-2006-a-2015/>

Diatkine, R., Quartier-Frings, F. & Andreoli, A. (1993) *Psicose e mudança*. Casa do Psicólogo.

Diehl, E. E., Silva, S. R., Montardo, D. L. O., Lourenço, S. R., Silva E. Q. & Rodrigues, A. S. (2022). *Antropologias do contemporâneo: uma homenagem à Sônia Weidner Maluf*. Florianópolis : Editora da UFSC.

Dunker, C. I. L. (2005). A loucura histérica e a psicose. *Mental*, 5, 57-72.

Ferenczi, S. (2012). Elasticidade da técnica psicanalítica. *Variantes da Cura*. (Obra original publicada em 1928).

Ferreira, I. R. (2017). *Crack: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack*. (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília.

Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, 11(21), 13-30.

_____. (2012). A clínica psicanalítica e seus vértices: continência, confronto, ausência. *Rêverie: Revista Psicanálise* 5(1), 33-51.

_____. (2021). *A mente do analista*. São Paulo: Editora Escuta.

Figueiredo, L. C. & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.

Foucault, M. (1987). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Freud, S. (1969). Fragmento da análise de um caso de histeria. In: *Obras Completas, vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).

_____. (1976). Fixação em traumas: o inconsciente. In: *Obras completas, vol. 16*. Rio de Janeiro: Imago, 323-36. (Obra original publicada em 1917).

_____. (1979). Conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras completas, vol. 15*. Rio

de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).

_____. (1980). O homem dos lobos. In: *Obras Psicológicas Completas, vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1918).

_____. (1980). Personagens psicopáticos no palco. In: *Obras Completas, vol. 7*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicado em 1942).

_____. (1996). A interpretação dos sonhos. In: *Obras completas, vol. 4-5*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1900).

_____. (1996). Recordar, repetir e elaborar. In: *Obras completas, vol. 12*, 163-171. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

_____. (2010). Reflexões para os tempos de morte e guerra. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914-1915).

_____. (1996). O tabu da virgindade (Contribuições à psicologia do amor III). In: *Obras completas, vol. 11*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).

_____. (1996). Dois Verbetes de Enciclopédia. In: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923).

_____. (1996). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Obras completas, vol. 9*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1924a).

_____. (1996). Neurose e Psicose. In *Obras completas, vol. 9*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1924b).

_____. (1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. In *Obras completas, vol. 22*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1933).

_____. (1996). A divisão do ego no processo de defesa. In: *Obras completas, vol. 23*, 293-300. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1938).

_____. (2006). Construções em análise. In: *Obras completas, vol. 23*. (Obra original publicada em 1937).

- _____. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In: *Obras Completas*, 15, 13-113. Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1921).
- Furlan, R. (2008). A questão do método na psicologia. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 25-33.
- Gonçalves, R. W. & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3).
- Governo do Distrito Federal. (2017). *Relatório de Atividades – 2017: Prestação de Contas Anual do Governador*. Anexo IV. Disponível em http://www.seplag.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/01/2017-Relat%C3%B3rio-de-Atividades-_atualiza%C3%A7%C3%A3o-31.01.19.pdf
- _____. (2018). *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/carta-de-servicos-caps/>
- Green, A. (2017). *A loucura privada. Psicanálise de casos-limite*. Editora Escuta.
- Guignard, F. (2020). Atualidade da neurose. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 27(1).
- Gus, M. (2007). *Acting, enactment* e a realidade psíquica “em cena” no tratamento analítico das estruturas *borderline*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(2), 45-53.
- Han, B. C. (2015). *Sociedade do cansaço*. Editora Vozes Limitada.
- Julien, P. (1999). *As psicoses: um estudo sobre a paranoia comum*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Junqueira, C. & Coelho Junior, N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros *borderline*?. *Psicologia Clínica*, 18(2), 25-35.
- Lacan, J. (1997). *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra publicada em 1959-1960).
- _____. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1962-1963)

_____. (2017). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1981).

Lancetti, A. (2007). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Leal, E. M. (2001). Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Figueiredo, A. C. e Cavalcanti, M. T. (Org.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Edições CUCA - IPUB/UFRJ, 1, 69-83.

Lima, R. C. (2019). *The rise of the psychiatric counter-reform in Brazil*. *Physis, Rio de Janeiro*, 29(1).

Lima, M. A. D. S., Almeida, M. C. P. & Lima, C. C. (1999). A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. *Revista gaúcha de enfermagem*, 20, 130-142.

Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Maldonado, G., Cardoso, M. R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.

Mezan, R. (1995). A querela das interpretações. In *A vingança da esfinge: ensaios em psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Mota, A. O. (2013). *O teatro como palco para o self: Entre Winnicott, a arte e a clínica da atenção psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília.

Neves, T. I. (2020). O universalismo da cura em Freud. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23(1), 21-29.

Oury, J. (2003). Transfert, multiréférencialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. *Cahiers de psychologie clinique*, n. 2, p. 155-165.

Oury, J. & Salignon, B. (1986). *Rythme et Présence, Jean Oury, 1986*. <hal- 01132994>.

- Pacheco, J. G. (2009). *A Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá.
- Pacheco-Ferreira, F., Mello, R. & Verztman, J. (2013). Algumas peculiaridades do manejo clínico nos sofrimentos narcísicos. In: Figueiredo, L. C., Savietto, B. B. e Souza, O. (Orgs.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Pelbart, P. P. (1992). *Manicômio Mental: a outra face da clausura*. In: Saúde e Loucura. São Paulo: Hucitec.
- Poli, M. C. (2005). Pesquisa em Psicanálise. *Revista da APPOA*, 29, 42-47.
- Pujó, M. (2000). Trauma y desamparo. *Revista psicoanálisis y el hospital*, 17, 20-29.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) & Organização das Nações Unidas (ONU). (1997). Relatório do Desenvolvimento Humano 1997. Nova Iorque/Oxford: Oxford University Press.
- Quinet, A. (2019). *O inconsciente teatral. Psicanálise e teatro: homologias*. Atos & Divãs Edições.
- Resende, T. I. M. (2015). *Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília.
- Resende, T. I. M. & Costa, I. I. (2017). *Saúde mental: a convivência como estratégia de cuidado, dimensões ética, política e clínica*. Curitiba: Juruá.
- Ring, D. & Lawn, S. (2019). *Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder*. *Journal of mental Health*, 1-21.
- Rivera, T. (2020). Fechar portas, abrir janelas (estratagemas políticos para sair de si). *n-1 edições*, 77.
- _____. (2021). Ciclo de conversas: Vida-obra, saúde mental e arte (Arquivo de vídeo). Disponível em: <https://atravessaaporta.com/trabalhos/ciclo-de-conversas-vida-obra-saude->

mental-e-arte-9-de-dezembro/

Rosa, M. D. (2015). *Psicanálise, política e cultura: a clínica em face da dimensão socio-política do sofrimento*. (Tese livre-docência). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rosa, M. D. & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1).

Roussillon, R. (2012). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. *ALTER–Revista de estudos psicanalíticos*, 30(1), 7-32.

_____. (2013). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In: Figueiredo, L. C., Savietto, B. B. e Souza, O. (Orgs.) *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.

_____. (2019). *Manual da prática clínica em psicologia e psicopatologia*. São Paulo: Blucher.

Sade, R. M. S. (2014). *Portas abertas: do manicômio ao território*. *Entrevistas triestinas*. Editora Oficina Universitária.

Safatle, V. (2011). O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem *Revista Scientiae Studia*, 9(1), 11-27.

_____. (2015). *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. São Paulo: Autêntica.

_____. (2020). *Maneiras de transformar mundos: Lacan, política e emancipação*. Autêntica Editora.

Safatle, V., Afshar, Y., Castro, J. C., Franco, F. & Manzi, R. (2016). *O utilitarismo britânico e a gênese disciplinar do sujeito liberal*. Retirado de: Reunião aberta do Latesfip -

Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise. Disponível em:

https://latesfip.files.wordpress.com/2015/07/latesfip_utilitarismo.pdf

- Safatle, V., Afshar, Y., Castro, J. C., Franco, F. & Manzi, R. (2017). *Gênese da concepção neoliberal de sujeito*. (Reunião aberta do Latesfip Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Y58ZPd4AueE>
- Safatle, V., Silva Junior, N., Dunker, C. I. L. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica Editora.
- Savietto, B. B., Figueiredo, L. C. & Souza, O. (2013) Apresentação. In: Figueiredo, L. C., Savietto, B. B. e Souza, O. (Orgs.) *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia*. *Série Antropologia*, vol. 334. Brasília: Universidade de Brasília, Brasília.
- Showalter, E. (1987). *The female malady: women, madness and English culture 1830-1980*. London: Pantheon Books.
- Souza, O. (2013). As relações entre psicanálise e psicoterapia e a posição do analista. In: Figueiredo, L. C., Savietto, B. B. e Souza, O. (Orgs.) *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. Editora Escuta.
- Silva, D. A. R. (2018). Transtorno de personalidade *borderline*: da *disease* vista pelos psiquiatras à sua compreensão sobre a *illness* de seus pacientes. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Slavutzky, A. & Sousa, E. L. A. (2021). *Imaginar o amanhã: ensaios e crônicas*. Porto Alegre: Diadorim.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Thompson, J. (1995). *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes.

Vasconcelos, E. M. (2016). *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Papel Social.

Venancio, A. T., Leal, E. M. & Delgado, P. G. (1997). *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.

Veronese, M. V., & Guareschi, P. A. (2006). Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. *Ciências Sociais Unisinos*, 42(2), 85-93.

Vivès, J. M. (2020). Pavor e compaixão: da catarse trágica ao trágico do ato analítico. *Revista Lacuna, uma revista de psicanálise*, 9(6).

Wanderley, L. (2002). *O dragão pousou no espaço: arte contemporânea, sofrimento psíquico e o objeto relacional de Lygia Clark*. Editora Rocco.

Winnicott, D. W. (1958). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: *Textos selecionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1954).

_____. (1992). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1971).

_____. (1994). O Medo do Colapso. In Winnicott, C.; Sheperd, R.; Davis, M. (orgs.) *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. (pp. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1963).

_____. (1958). Psicoses e cuidados maternos. In: *Textos selecionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Obra original publicada em 1952).

_____. (1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1962).

_____. (1983). Teoria da relação paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed Editora. (Obra original publicada em 1960).

Zanello, V & Andrade, A. P. M. (2014). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e*

interdisciplinaridade. Curitiba: Aprris Editora.

Apêndice 1



UnB Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia – IP

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC

Aluna: Danielle Christine Vasconcelos Chauvet

Matrícula: 20/0102168

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: O cuidado nas neuroses graves em serviços de saúde mental a partir da psicanálise

Prezada(o) Participante,

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa **“O cuidado nas neuroses graves em serviços de saúde mental a partir da psicanálise”**, de responsabilidade da pesquisadora Danielle Christine Vasconcelos Chauvet, aluna de mestrado da Universidade de Brasília – UnB. O objetivo desta pesquisa é compreender as possibilidades do cuidado, a partir de uma disposição clínica psicanalítica, em sujeitos com quadros neuróticos graves em um CAPS do Distrito Federal. Assim, gostaria de consultá-la(o) sobre seu interesse e disponibilidade em colaborar com a pesquisa. A participação consiste na realização de uma entrevista que se desenrolará a partir de um roteiro de perguntas. A entrevista será gravada em áudio e a pesquisadora a transcreverá em momento posterior para o desenvolvimento de uma análise qualitativa das informações. Ao aceitar participar, você confirma estar ciente de que este estudo e os dados coletados farão parte do trabalho da dissertação de mestrado da pesquisadora.

Você será esclarecido sobre cada etapa da pesquisa e poderá tirar dúvidas ou obter informações a qualquer tempo. **Asseguro que seu nome não será divulgado e que não utilizaremos qualquer informação que possa te identificar. Os dados coletados da sua entrevista permanecerão protegidos por sigilo e ficarão sob a guarda da pesquisadora em local seguro.**

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Além disso, garantimos que a sua participação não implicará em qualquer prejuízo ou risco a sua dignidade. Este estudo possui riscos mínimos. Medidas preventivas serão tomadas durante

a entrevista no sentido de minimizar ainda um possível incômodo: a pesquisadora conduzirá a entrevista de maneira que a(o) participante possa se sentir confortável e à vontade para se expressar. Caso esse procedimento gere algum constrangimento, você não precisa realizá-lo e pode desistir da participação a qualquer momento. No entanto, caso algum conteúdo mobilize algum afeto ou gere algum desconforto psicológico de sua parte, a pesquisadora se dispõe a escutá-la(o) e a intervir de forma adequada à situação.

Você é livre para recusar-se a participar, desistir, interromper e/ou retirar seu consentimento a qualquer tempo, como já mencionado anteriormente. A recusa em participar do estudo não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Espera-se com esta pesquisa contribuir com um maior conhecimento acerca do cuidado em casos de neuroses graves em serviços comunitários de saúde mental, como os CAPS.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você poderá me contatar através do telefone (61) 99649-7514 ou por e-mail: dcchauvet@gmail.com.

A pesquisadora garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, por meio de uma conversa, na qual serão explicitados os resultados da pesquisa. Tais resultados também poderão ser publicados posteriormente na comunidade científica. Os dados serão guardados por um período de 5 anos, com acesso apenas da pesquisadora e, após esse tempo, eles serão destruídos.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/CHS. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa pode ser obtidas por meio do telefone do CEP/CHS: (61) 3107-1592 e ainda no e-mail: cep_chs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com você.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Brasília, _____ de _____ de _____.

Apêndice 2

Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Relate sobre sua experiência como psicóloga(o) com relação ao acolhimento de casos de neuroses graves.
2. Como você compreende o diagnóstico de neuroses graves no serviço?
3. O que você pensa da estruturação dos serviços tipo CAPS para atendimento de casos de neuroses graves?
4. O que você pensa sobre o cuidado que se presta nesses casos nesses contextos?
5. Quais as particularidades você percebe no cuidado nesses serviços nos casos de neuroses graves?
6. Quais as diferenças ou semelhanças que você destacaria quando se trata do cuidado em casos de neuroses graves em comparação com psicoses nesses serviços?
7. Quais são os desafios no cuidado desses casos nos serviços comunitários de saúde mental como os CAPS?
8. Como você entende que seja um modo de cuidado adequado ao sofrimento neurótico grave no serviço?
9. Quais estratégias você pensa que favorecem o cuidado nas neuroses graves no serviço?