



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

ADOLESCÊNCIA E ATOS AUTOAGRESSIVOS:
O GRUPO DA DIVERSIDADE COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL

Paula Stein de Melo e Sousa

Brasília

2020



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Adolescência e atos autoagressivos:

O Grupo da Diversidade como dispositivo de cuidado em saúde mental

Paula Stein de Melo e Sousa

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia como parte dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Deise Matos do Amparo

Brasília

2020

Paula Stein de Melo e Sousa. Adolescência e atos autoagressivos: O Grupo da Diversidade como dispositivo de cuidado em saúde mental. Brasília, 2020.

Tese de doutorado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (PPG-PsiCC/UnB), sob a orientação da Prof. Dra. Deise Matos do Amparo.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Deise Matos do Amparo
PPG-PsiCC/UnB, Presidente.

Prof. Dra. Ana Cristina Figueiredo
UFRJ, Membro Externo.

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
PPG-PsiCC/UnB, Membro Titular Interno

Prof. Dra. Renata Arouca de Oliveira Morais
SPB, Membro Titular Externo.

Prof. Dra. Eliana Rigotto Lazzarini
PPG-PsiCC/UnB, Membro Suplente.

*Ao meu filho, Antônio, e
a todos que atravessaram o Grupo da Diversidade.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Deise Amparo, por sua competência e sensibilidade na transmissão do conhecimento. Obrigada pela generosidade, pelas ricas discussões e sugestões, e pelo apoio firme ao trabalho ético, clínico e de pesquisa. Agradeço especialmente o modo afetivo, acolhedor e crítico com que desenvolvemos este e outros projetos que, a partir deste, puderam nascer.

À Universidade de Brasília e aos professores do Departamento de Psicologia Clínica/IP, que desde a graduação proporcionaram as bases da minha formação acadêmica. Expresso um especial agradecimento ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PSICC/IP/UnB).

Aos professores Ileno Izídio da Costa, Roberto Menezes e Renata Arouca, cujas críticas e sugestões, desde a banca de qualificação, possibilitaram o aprimoramento deste estudo. Meus agradecimentos por aceitarem o convite para compor a banca.

À professora Ana Cristina Figueiredo, cujo percurso de apostar na psicanálise no contexto da saúde mental brasileira trouxe enorme contribuição teórico-clínica para o trabalho que desenvolvemos atualmente nas instituições públicas. Agradeço sua disponibilidade e interesse em contribuir com este trabalho.

Ao Vitor, meu companheiro de vida, ideias e projetos, que me deu força e motivação para iniciar, e depois mais força e apoio para concluir. Minha gratidão por nossa união, pelas discussões e compartilhamento de ideais éticos, sociais e culturais, e pelo pai incrível que pude conhecer e amar.

À minha família, que sempre incentivou a formação acadêmica e ofereceu todo o suporte necessário para os estudos. À minha mãe, Maria Helena, uma imensa gratidão por ter cuidado tão bem, desde o primeiro dia, do mais importante, meu filho Antônio, para que eu pudesse realizar este trabalho. Ao meu pai, Roberto, grande incentivador da cultura e da busca pelo

conhecimento; ao meu irmão, Thiago, companhia preciosa de todos os momentos de união, celebração e convívio em família; à minha cunhada, Maria Antônia, que trouxe mais amor e delicadeza à nossa família; e à minha amada sobrinha, Maria Teresa, que tanto ilumina e alegra nossa vida. Agradeço a todos os momentos que passamos juntos durante essa jornada.

À Ana Paula Tuyama, que com competência e sensibilidade gerencia um complexo serviço público de saúde mental. Agradeço pelo respeito e incentivo ao trabalho clínico, institucional e de pesquisa, que somente pôde ser realizado contando com o seu apoio e compreensão.

Ao meu amigo, parceiro de projetos, idealizador e fundador do Grupo da Diversidade, Luiz Fernando Marques. Minha imensa gratidão pela amizade e pela oportunidade de fazer parte desse rico trabalho clínico, político e social. Este trabalho de pesquisa se apoia na sua ideia inicial de criarmos na saúde mental uma linha de cuidado para atender adolescentes com conflitos relacionados à sexualidade e gênero. Sua motivação ética para começar, sua generosidade em dividir experiências e sua habilidade em agregar pessoas constituíram as bases do complexo trabalho clínico que desenvolvemos hoje.

À minha amiga e parceira na condução do Grupo da Diversidade, Ana Míriam Garcia, por sua sensibilidade para tratar do sofrimento humano e seu compromisso ético no enfrentamento às vulnerabilidades e desigualdades sociais.

Ao meu primo e professor, Ramiro Faria de Melo e Souza, pela leitura, disponibilidade e sugestões no momento de maior necessidade para o andamento deste estudo; e à minha tia Maria Lucia Guimarães de Faria, de grande influência na minha vida e na minha formação acadêmica.

Aos meus amigos queridos Ivan Hamouche, Renata Arouca, Cristina Martins e Adriana Pinheiro pela leitura cuidadosa e pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Agradeço aos encontros da amizade promovidos pela Beth Mori, Roque, Maria Cláudia, Ivan, e tantas outras pessoas legais que a Beth conseguia agregar pelo caminho. À Deise, Renata, Maristela, Vitor, e outros integrantes do grupo de pesquisa pelas reuniões que, de tão produtivas e agradáveis, foram mescladas a divertidas confraternizações. Agradeço o apoio firme de amigos e familiares na condução e finalização deste trabalho, em especial à Laura Stein, Lídia Isabel e Ivo Marçal. Sou muito grata por desfrutar da companhia de pessoas tão especiais.

Ao Sylvain Levy, pelo percurso de mais de dez anos no trabalho de análise que propiciou minha formação clínica e me ajudou nos momentos mais críticos desta jornada.

Por fim, ao meu filho, cujo nascimento trouxe novas alegrias, medos e desejos. Sua chegada, no percurso deste trabalho, proporcionou mais sensibilidade e reforçou o desejo de desenvolver um trabalho clínico que leve em consideração os aspectos sociais do sofrimento humano.

Sumário

RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1: ADOLESCÊNCIA E O TRAUMATISMO DO PUBERTÁRIO	16
1.1 Adolescência na concepção psicanalítica.....	16
1.2 A noção de traumatismo puberal e genitalização.....	21
1.3 Identificação sexual e escolha de objeto	26
CAPÍTULO 2: O RECURSO AO ATO AUTOAGRESSIVO E AS ESCARIFICAÇÕES COMO ATOS DE PASSAGEM NA ADOLESCÊNCIA CONTEMPORÂNEA	33
2.1 O adolescer na contemporaneidade.....	33
2.2 O recurso ao ato autoagressivo na adolescência.....	38
2.3 As esscarificações como atos de passagem: uma busca por forma e sentido.....	47
CAPÍTULO 3: O GRUPO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PÚBLICA NA CLÍNICA DE ADOLESCENTES	51
3.1 Considerações acerca do campo da saúde mental pública infantojuvenil	51
3.2 Dispositivos clínicos de grupo em saúde mental.....	57
CAPÍTULO 4: O DISPOSITIVO CLÍNICO DE GRUPO: PRECISÕES SOBRE O MÉTODO	66
4.1 Histórico	66
4.2 Metodologia e proposta terapêutica	70
4.3 O Grupo e a linha de cuidado: A construção de Projetos Terapêuticos Singulares	72
4.4 Discussão clínica do dispositivo.....	74
CAPÍTULO 5: O GRUPO DA DIVERSIDADE NAS NARRATIVAS DE SEUS INTEGRANTES	76
5.1 “A sexualidade é algo muito extenso” – Tentativas de elaboração dos conflitos pubertários.....	78
5.2 “Uma forma de alívio da dor” – As esscarificações como expressão de uma dor sem palavras	84
5.3 “O que eu estou fazendo com isso que está acontecendo aqui agora?” – Uma experiência de perda, luto e cuidado	93
5.4 “A comunidade é a família” – Do sofrimento individual à possibilidade de um laço social pelo grupo	98
5.5. “Eu acho a escola muito despreparada para tratar de temas de saúde mental!” – Sentimentos de inadequação no ambiente escolar e busca por protagonismo	102
5.6. “A gente precisa de doutores travestis e de professores trans” – A grupalidade em contextos de discriminação e exclusão social	106
5.7. “Todo mundo tem um tempo para compreender” – A importância do acolhimento à família.....	111

5.8. “Qual é a minha potência aqui dentro?” – Funções no grupo e do grupo.....	115
5.9. “Posso propor uma dinâmica?” – O enquadre ajustado às necessidades do grupo	121
CAPÍTULO 6: O GRUPO DA DIVERSIDADE: TRAVESSIA TERAPÊUTICA E DISSEMINAÇÃO DA EXPERIÊNCIA	124
6.1 A travessia terapêutica – Da solidão de uma dor sem palavras a uma nova possibilidade de laço com a cultura	124
6.2 Disseminação da experiência.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
REFERÊNCIAS.....	139

RESUMO

A motivação para o desenvolvimento desta pesquisa surge a partir da prática clínico-institucional em um serviço público de atenção integral a adolescentes do Distrito Federal, com ênfase em um dispositivo clínico de grupo denominado Grupo da Diversidade. O presente estudo tem como objetivo aprofundar a compreensão do recurso ao ato autoagressivo na adolescência contemporânea, bem como dos dispositivos clínicos em saúde mental nesse contexto. Busca-se, para tanto, problematizar não somente o recurso ao ato autoagressivo cometido por adolescentes, mas também a violência inerente ao período de subjetivação desses indivíduos, a partir do aprofundamento teórico do período pubertário na psicanálise. Partimos da concepção da adolescência como um processo iniciado a partir da puberdade, com potencial traumático advindo do primado da sexualidade genital, no qual a problemática das identificações sexuais e escolhas objetais, com as decorrências na cultura dessa tomada de posição, se impõem ao sujeito, levando-os, em muitos casos, a recorrer ao ato autoagressivo. Esse período de vulnerabilidade psíquica encontra inúmeros desafios na cultura contemporânea, tornando o momento propício ao surgimento de atos autoinfligidos, como as escarificações, compreendidas como tentativas de controle do mundo interno que buscam restaurar um sentido particular por meio de uma ritualização íntima diante da experiência de mal-estar vivenciada. Nessa pesquisa foi proposto como metodologia de intervenção um grupo como dispositivo terapêutico. No contexto da saúde mental pública, destaca-se a pertinência e potencialidade dos dispositivos grupais como espaços de estabelecimento de laços afetivos, suporte emocional e protagonismo social. Ao reunir em grupo terapêutico adolescentes que recorrem, de modo íntimo e isolado, a atos autoagressivos para lidar com a experiência de sofrimento vivenciada, pode-se testemunhar a travessia terapêutica do sujeito em sofrimento psíquico privado para o sujeito capaz de estabelecer novas possibilidades de laços com a cultura.

Palavras-chave: *Adolescência; saúde mental; dispositivos clínicos; recurso ao ato; escarificações.*

ABSTRACT

The motivation for the development of this research arises from the clinical-institutional practice in a public service of comprehensive care for adolescents, with emphasis on a therapeutic group called the Diversity Group. The present study aims to deepen the understanding of the self-harming acts in contemporary adolescence, as well which mental health devices in this context can be proposed. Therefore, we seek to problematize not only the use of the self-harming act committed by adolescents, but also the violence inherent in the period of subjectification of these individuals, from the theoretical deepening of the pubertal period in psychoanalysis. We start from the conception of adolescence as a process started from puberty, with traumatic potential arising from the primacy of genital sexuality, in which the problematic of sexual identifications and object choices impose themselves to the subject, leading them, in many cases, to resort to the self-harming violent act. This period of psychic vulnerability faces innumerable challenges in contemporary culture, making the moment conducive to the emergence of these self-harming acts, such as scarifications, as an attempt to control the inner world restoring a particular meaning through an intimate ritualization in the face of the suffering experience. In this context, it is essential to propose care devices in the public health system that can accommodate the demand, highlighting the potential of therapeutic group devices as spaces for establishing affective bonds, emotional support and social protagonism. By bringing together adolescents who resort, in an intimate and isolated way, to self-aggressive acts to deal with the suffering experience we can witness the therapeutic crossing of the subject in private suffering to the subject capable of establishing new possibilities of ties with the culture.

Keywords: Adolescence; mental health; clinical devices; recourse to self-injurious acts; scarifications.

INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo surge a partir da experiência clínico-institucional com adolescentes nas áreas da saúde mental e da assistência social, com ênfase em um serviço de referência, pesquisa, capacitação e atenção integral ao adolescente. Trata-se de um serviço público especializado que compõe a rede de saúde mental do Distrito Federal, composto por equipe multiprofissional que oferece atendimento às mais variadas demandas do período pubertário.

Por se tratar de serviço público composto por diferentes profissionais de diversas áreas de formação, apresenta-se o desafio de construir uma prática que possa ser enriquecida por múltiplas abordagens e referenciais teóricos. De partida, apresentou-se a necessidade de pensar como a psicanálise poderia contribuir para a prática clínica desenvolvida na instituição, a partir da construção de dispositivos de cuidado em saúde mental mais adequados ao atendimento a adolescentes no serviço.

Dentre as variadas demandas que o serviço se propõe a atender, sobressai a centralidade com que o recurso ao ato autoagressivo, em especial as escarificações e tentativas de suicídio, comparece na demanda apresentada pelos adolescentes. Ao considerar a especificidade dessa clínica, surgiu a necessidade de desenvolver um aprofundamento teórico da relação entre adolescência e o agir violento autoagressivo. Algumas interrogações sobre aspectos importantes e específicos da adolescência surgiram de princípio: como se dá o trabalho psíquico imposto pela puberdade ao adolescente? Nessa fase específica da vida, o sujeito torna-se mais propenso ao recurso ao ato dirigido a si próprio e ao corpo? Que novidade, então, é essa, imposta pela puberdade ao psiquismo do adolescente?

Posteriormente, a prática clínica e institucional com esses jovens pacientes dispararam inquietações que provocaram a necessidade de se discutir quais dispositivos de cuidado em saúde mental poderiam ser propostos para acolher e tratar desta demanda. Para tanto, seria

necessário inicialmente um aprofundamento da compreensão do período da adolescência e do recurso ao ato autoagressivo, para, em seguida, discutir sobre os dispositivos clínicos de cuidado em saúde mental pública mais adequados à problemática e a demanda que se apresentava.

A adolescência constitui período de difícil travessia, permeada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, que impõem ao sujeito a necessidade de uma reorganização psíquica (Gutton, 1991; Alberti, 2009). A intensidade dos conflitos internos e relacionais que perpassam as transformações e rupturas nesse processo são marcadas por características traumáticas, que podem levar o sujeito que atravessa esse momento da vida a uma experiência de sofrimento psíquico. No processo da adolescência se dá o encontro com o outro na alteridade genital e o encontro com a primazia da sexualidade genital em si mesmo. Nesse processo, o adolescente é confrontado com um intenso conflito interno entre manter os investimentos narcísicos infantis e o investimento em novos objetos no encontro com o outro (Marty & Cardoso, 2008; Jeammet, 1985).

Nesse contexto de vulnerabilidade em razão do caráter, por vezes, traumático, advindo da chegada da puberdade e do primado da genitalidade, os adolescentes podem construir defesas psíquicas fundadas no recurso ao ato violento (Gutton, 1991; Marty, 2012). Se no período da latência ocorre um arrefecimento da sexualidade, na adolescência, o corpo, agora sob a primazia das zonas genitais, faz com que o sujeito se confronte com a questão de assumir sua identidade sexual e suas escolhas de objeto. Dessa forma, o adolescente se encontra diante da difícil tarefa de assumir seu lugar no desejo e na identificação sexual (Lo Bianco & Nicácio, 2015).

Defendemos a tese de que a adolescência na contemporaneidade constitui período propenso ao recurso ao ato autoagressivo como atos individuais de passagem e tentativas de simbolização, demandando dispositivos clínicos maleáveis e capazes de promover novos laços com a cultura. O processo da adolescência, marcado por aspectos traumáticos advindos da

genitalização do corpo e da problemática das identificações sexuais e escolhas objetais, com os efeitos culturais decorrentes desta tomada de lugar, pode levar ao recurso ao ato autoagressivo como defesa contra a angústia, mas também como uma tentativa de simbolização pela via do corpo e do ato. Considera-se que esse contexto demanda na saúde pública a criação de dispositivos clínicos grupais flexíveis e capazes de promover de modo compartilhado processos de simbolização.

Diante do exposto, para a consecução dos objetivos desta pesquisa, propomos no primeiro capítulo traçar o percurso teórico desenvolvendo inicialmente uma compreensão, a partir da clínica de abordagem psicanalítica de adolescentes, acerca da violência inerente ao processo pubertário. Para tanto, destacam-se as noções de traumatismo pubertário, genitalização, identificação sexual e escolha de objeto.

No segundo capítulo, busca-se problematizar os desafios que o processo de adolecer encontra na cultura contemporânea, para, em seguida, aprofundar a noção do recurso ao ato autoagressivo e das escarificações nesse período como atos individuais de passagem e tentativas de simbolização pela via do ato e do corpo.

Diante desse contexto clínico, o terceiro capítulo busca desenvolver alguns conceitos de dispositivos clínicos de grupos com foco no campo da saúde mental. Para tanto, uma breve contextualização acerca do campo da saúde mental infanto-juvenil é realizada, na medida em que os paradigmas teóricos que constituem as bases dessa política pública são referências comuns do trabalho interdisciplinar a ser desenvolvido. Em seguida, destacam-se os aportes clínicos e teóricos para a construção de dispositivos clínicos de cuidado elaborados por Roussillon (2010), e para o trabalho psicanalítico com grupos elaborados por Anzieu (1988, 1993) e Kaës (1997).

No quarto capítulo do estudo, busca-se apresentar um dispositivo clínico de cuidado em saúde mental a adolescentes, o Grupo da Diversidade, em curso há pouco mais de quatro anos

na instituição, e por onde já passaram mais de trezentos adolescentes. Esse capítulo tem como objetivo contextualizar o cenário institucional no qual o grupo foi criado, bem como tecer considerações acerca da metodologia, proposta terapêutica e linha de cuidado do dispositivo grupal.

O quinto capítulo ilustra aspectos da dinâmica do dispositivo Grupo da Diversidade a partir das narrativas de seus integrantes. Esse capítulo conta com nove eixos temáticos: tentativas de elaboração dos conflitos pubertários; as escarificações como expressão de uma dor sem palavras; uma experiência de perda, luto e cuidado; do sofrimento individual à possibilidade de um laço social pelo grupo; sentimentos de inadequação no ambiente escolar e busca por protagonismo; a grupalidade em contextos de discriminação e exclusão social; a importância do acolhimento à família; funções no grupo e do grupo; e o enquadre ajustado às necessidades do grupo. Os eixos temáticos foram selecionados a partir do material clínico registrado das sessões e das avaliações da equipe interdisciplinar no espaço de discussão do dispositivo clínico a respeito dos temas mais recorrentes e mobilizadores da dinâmica grupal.

Por fim, no último capítulo deste trabalho, propomos uma discussão sobre a travessia terapêutica que o trabalho grupal propicia, e alguns contextos de disseminação dessa experiência. Finalizamos com as considerações finais em relação ao estudo desenvolvido.

CAPÍTULO 1: ADOLESCÊNCIA E O TRAUMATISMO DO PUBERTÁRIO

1.1 Adolescência na concepção psicanalítica

*O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para gente é no meio da travessia.
(Guimarães Rosa 2001, p.80)*

Adolescência não é um termo propriamente psicanalítico, mas eminentemente sociológico, biológico e psicológico, que encontra na contemporaneidade sua mais intensa repercussão. O termo, construído socialmente, de acordo com o historiador Ariès (1981), surge no Ocidente entre o final do século XVIII e início do século XIX, sendo até então confundido com a infância. A fase da adolescência passa, assim, a ser delineada com maior precisão a partir do século XIX, sendo socialmente reconhecida como “momento crítico” da vida humana, temida como um período de potencial risco para o indivíduo e a sociedade. A noção do que denominamos na atualidade como adolescência está, portanto, associada aos novos modos de viver no grupo social ao qual o indivíduo está inserido, podendo esta fase ser melhor observada a partir dos adventos da industrialização e da instituição de sistemas educacionais obrigatórios (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvaes, 2010).

A clínica da adolescência como área de produção do conhecimento e práticas em psicopatologia é relativamente recente, e tem sido significativamente enriquecida pelos trabalhos psicanalíticos. Para Emmanuelli (2008), foi apenas a uns 20 anos que um aprofundamento importante do ponto de vista teórico e um aprimoramento das abordagens terapêuticas se deu no campo da clínica psicanalítica de adolescentes.

Dentre os vários enfoques possíveis para a compreensão do período da adolescência, interessa no presente estudo as contribuições da psicanálise, tanto na obra freudiana como em autores contemporâneos, para esse momento da vida. São inúmeros e cada vez mais crescentes os autores, ainda que de Escolas diferentes, que se dedicam ao estudo do tema, trazendo

importantes contribuições para a clínica da adolescência (A. Freud, 1946; Winnicott, 1975; Gutton, 1991; Calligaris, 2000; Rassial, 1999).

Pensar a adolescência em uma perspectiva psicanalítica implica compreendê-la para além de parâmetros cronológicos. Freud, ao propor uma noção de infantil insuperável ao psiquismo, traz uma visão subversiva e não idealizada do desenvolvimento humano, fazendo com que a adolescência possa ser compreendida a partir dos subsídios do infantil na passagem rumo à idade adulta, e permitindo o entendimento de uma abordagem não desenvolvimentista da adolescência (Herzog & Mariante, 2008).

Sendo assim, não se trata de um acontecimento natural com previsão de término, já que o inconsciente não pode ser apreendido em idades cronológicas. No psiquismo humano sempre há um resto insuperável que persiste com o passar dos anos, e assim como provoca Oliveira e Hanke (2017): “Um resto de infância, sim, mas, por que não dizer também, um resto de adolescência?” (p.298).

Embora a adolescência como tema não ocupe destaque ou sistematização específicos na obra freudiana, considerações importantes trazem elementos para se pensar em uma perspectiva psicanalítica para esse período da vida. A noção de puberdade comparece em diversos momentos da teoria freudiana, assumindo diferentes formulações e sendo abordada por diferentes ângulos.

Nas denominadas Publicações Pré-psicanalíticas, em A Etiologia da Histeria, conferência proferida à *Verein fur Psychiatrie und Neurologie*, Freud (1896/2006) já indicava ser a puberdade um período de especial interesse para a investigação da origem dos sintomas histéricos, por ser nessa etapa da vida que, após terem convergido as cadeias de lembranças, entraria em jogo o campo da sexualidade. Ainda que esse escrito seja anterior à elaboração central que a sexualidade infantil vai assumir na teoria psicanalítica, a partir dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905a/2009), o texto já traz fundamentos do que seria uma

primeira “teoria do trauma”, colocada em descrédito posteriormente pelo próprio autor, conhecida como “teoria da sedução”. Nesse momento, a puberdade é compreendida como o momento da irrupção da sexualidade humana, que, no entanto, ao longo de sua elaboração, vai retrocedendo à infância, mediante o reconhecimento de experiências de cunho sexual estimuladas por um adulto:

Mas a descoberta mais importante a que chegamos, quando uma análise é sistematicamente conduzida, é a seguinte: qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos infalivelmente ao campo da experiência sexual. Aqui, portanto, pela primeira vez, parece que descobrimos uma precondição etiológica dos sintomas histéricos (p.196).

No mesmo texto, em seguida, sustenta que são as experiências sexuais infantis a precondição fundamental da histeria e as responsáveis pela eclosão dos sintomas histéricos. Entretanto, não criam os sintomas de maneira imediata, permanecendo inicialmente sem efeito e só apresentando seus efeitos patogênicos em um momento posterior, ao serem despertadas com o advento da puberdade, sob a forma de lembranças inconscientes.

Assim, ainda que Freud esteja, nesse momento, traçando os fundamentos da ideia do determinismo infantil na etiologia das neuroses, não deixa de considerar o momento da puberdade como importante, em razão dessas experiências recentes posteriores serem capazes de reativar cenas infantis traumáticas.

Os questionamentos acerca da Teoria da Sedução fazem Freud afirmar em uma das cartas dirigidas a Fliess: “não acredito mais em minha neurótica (teoria das neuroses)” (p.309), não achando ser possível que os sintomas da histeria fossem, em alguma medida, consequência de um abuso sexual na infância por parte de um adulto pervertido. Diante dessa constatação, seria necessária uma reformulação da teoria da etiologia das neuroses, como já previa Freud nessa mesma carta: “será que essa dúvida simplesmente representa um episódio prenunciador de um novo conhecimento?” (p. 311).

Conforme já enunciava Freud, mais tarde, em 1905, nos *Três Ensaios sobre a teoria da sexualidade*¹, obra de referência sobre o tema e uma das que mais sofreram modificações ao longo dos anos, a teoria da sexualidade infantil vai ser formulada. A sexualidade passa a ser entendida como sexualidade infantil, ou seja, autoerótica e perversa-polimorfa, sendo jamais superada na história de vida do sujeito. Esse momento constitui um marco na teoria psicanalítica, alçando a infância ao primeiro plano, considerada como determinante na etiologia das neuroses.

Nesse momento, é no terceiro capítulo dos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, intitulado *As transformações da puberdade*, que Freud (1905a/2009), vai se referir ao período pubertário de modo mais específico, para descrever o segundo tempo da sexualidade. Assim, o primeiro tempo se daria na infância, passando pelo período de latência; o segundo sobreviria na puberdade. A partir da entrada na puberdade começariam as mudanças que levariam a vida sexual infantil à sua “configuração normal definitiva” (p. 108).

Nesse segundo tempo da sexualidade, a pulsão sexual, até então predominantemente autoerótica, encontra o objeto sexual. Surge então um novo alvo sexual para a conjunção de todas as pulsões parciais, enquanto as zonas erógenas se submetem ao primado da zona genital. No período da puberdade se dá a renovação dos conflitos edipianos e das fantasias incestuosas, e de modo diferente de sua primeira manifestação na infância, o redespertar do Édipo tem agora a marca da interdição (Freud 1905a/2009).

Assim, na concepção freudiana, o desfecho do complexo de Édipo é seguido pelo período de latência, com a aceitação e o interdito do incesto, momento em que a criança passa a desviar o investimento libidinal incestuoso para o saber. A imaturidade física e psíquica da criança impõe o adiamento da sexualidade genital, desviando assim o objeto libidinal para a sublimação como um dos destinos da pulsão. Freud (1905a/2009) postula, assim, um momento

¹ No desenvolvimento do texto, optou-se, no presente trabalho, por utilizar a referência de Freud no original, em alemão. Nas citações diretas, utilizamos a tradução oficial para o português.

de primeiro despertar da sexualidade, seguido por um período de latência, na qual se dá um arrefecimento dessa sexualidade experimentada nos primeiros anos de vida.

O período de latência faz erigir forças anímicas, que serão, posteriormente, entraves à pulsão sexual, como o asco, a vergonha e as exigências dos ideais estéticos e morais. É nesse período de desvio da pulsão sexual quanto à meta sexual que importantes efeitos da cultura incidem sobre o sujeito, a partir do mecanismo da sublimação, de onde se adquire os componentes para as realizações culturais. A puberdade surge logo após esse período de arrefecimento, como um segundo despertar da sexualidade.

Desse modo, o trabalho da latência assume grande importância para as resoluções conflituosas da adolescência, já que contribui para o reforço do ego e do seu sistema de defesas, aprimorando a capacidade de elaboração psíquica e permitindo o trabalho da sublimação e a tomada de distância dos primeiros objetos da infância. Após a dissipação da latência, se dá a retomada do conflito edípico na adolescência, em sua dupla vertente parricida e incestuosa, desta vez sob novas bases fisiológicas e psíquicas (Emmanuelli, 2008).

A adolescência é então entendida como o momento de retorno dessa questão edípica que fora postergada, na qual o que ficou no passado aguardando solução retorna para ter um destino. O conflito edípico ressurgiu com a primazia da sexualidade genital, impondo a abdicção do objeto de desejo interdito para o investimento em novos objetos. A destituição dos objetos parentais nesse período constitui difícil tarefa, já que o substituto fora do círculo familiar não apresenta nenhuma garantia de afeto incondicional (Pinheiro, 2001).

Nesse sentido, Emmanuelli (2008) elenca como problemáticas de perdas e renúncias do processo adolescente: a renúncia aos laços com os pais da infância e as imagens parentais infantis; a perda do corpo da infância, e da estabilidade da imagem corporal; e a perda da ilusão de completude bissexual, e de seu sentimento de onipotência. A todas essas questões, soma-se o dilema de assumir seu lugar na identificação sexual e na escolha de objeto.

Na concepção freudiana, o psiquismo se constrói no campo pulsional, o que implica situação de constante excesso e demanda de trabalho psíquico. Na adolescência ocorre a potencialização dos excessos anteriores que pareciam ter sido elaborados (Cardoso, 2008). O trabalho da adolescência consiste, portanto, em dar sentido a estas experiências somáticas e psíquicas potencialmente traumáticas. Em outras palavras, a adolescência pode ser entendida como um momento de vida na qual a pressão pulsional ancorada na violência produzida pela genitalidade impõe às instâncias psíquicas rearranjos narcísicos e objetais.

Essa experiência, como detalharemos mais adiante, tende ao traumático, dada a violência pulsional advinda da genitalização do corpo, que, por sua vez, produz excitações as quais o adolescente não consegue dominar. Trata-se de um processo marcado por rearranjos, desligamentos das pessoas anteriormente investidas e relançamentos do campo libidinal (Amparo, Gusmão e Macedo, 2012).

Conforme o exposto, são inúmeros os desafios que o adolescente se depara no momento da chegada, por vezes, inesperada, da puberdade. Tais rearranjos impõem ao sujeito um intenso trabalho psíquico, com potencial traumático. Dentre os múltiplos recortes cabíveis para a compreensão do período pubertário na psicanálise, opta-se, no momento, por enfatizar: a noção de traumatismo puberal e a genitalização, o processo de identificação sexual e escolha de objeto, o apoio narcísico parental e a cultura, e o recurso ao ato na adolescência.

1.2 A noção de traumatismo puberal e genitalização

Não se pode deixar de notar que na adolescência uma das maiores transformações se dá a partir do corpo, no momento em que o sujeito enfrenta a perda do corpo infantil, e a conseqüente necessidade de ocupar um novo corpo em processo de mudanças. Trata-se, portanto, de um momento de luto, em que se faz necessária a elaboração da perda do corpo infantil, e juntamente a este do mundo protegido pelos pais (Fortes, 2008).

Os remanejamentos desse período levam Gutton (1991) a propor pensar a adolescência como um processo marcado pelo traumatismo imposto pelo pubertário, sendo que a puberdade é para o corpo o que o pubertário é para a *psyché*. O autor chama a atenção para a violência inerente ao período pubertário, assinalando que mesmo os adolescentes mais tranquilos ou com questões conflitivas mais leves podem não refletir a violência das experiências e representações descritas, em razão dos processos originários ficarem sepultados, elaborados por processos secundários eficazes.

As transformações psíquicas da puberdade vão sendo deslindadas progressivamente no conjunto dos processos da adolescência, situando-se em seu centro. Assim, a puberdade se manifesta como uma força de adequação, que retorna após o trajeto da infância edípica e da latência. O sensual pubertário é compreendido em continuidade com o sensual da infância; a sexualidade perversa e polimorfa infantil persiste, entretanto, o corpo erógeno pubertário comporta uma centralização, quantitativa e qualitativa, na zona genital. A novidade é, portanto, a força de condensação sobre a zona genital, cujo funcionamento biológico se reorganiza, atacando as defesas do Eu em um ponto falho na infância. Em suas palavras, “a puberdade impõe uma descontinuidade, ou melhor, uma continuidade para des-construir/reconstruir” (Gutton, 1991, p.17).

Assim, o advento do pubertário é entendido na sua relação com o real biológico, que exerce pressão sobre as três instâncias (id, eu e supereu) e se depara com a barreira do incesto deixada pelo Édipo infantil. O trabalho elaborativo dos processos da adolescência é realizado sobre a base do pubertário, valendo-se dos procedimentos de idealização da infância (em especial, o Ideal de Eu e a identificação) e tendo como meta a dessexualização das representações incestuosas mediante a escolha de um objeto adequado (Gutton, 1991).

É dessa forma que Marty (2012) assinala o duplo movimento no qual a violência pubertária se inscreve: primeiramente, o encontro com o primado da sexualidade genital, logo

em seguida, o encontro fantasmático com o objeto parental, equivalente da cena primitiva infantil.

Freud (1923) em *O Eu e o Isso* descreve os fantasmas parricidas como um dos componentes da questão edípica. Eles consistem em uma tentativa de figuração por parte da criança, que nesse momento participa da cena apenas como espectadora, não tendo acesso a ela, assumindo, portanto, um valor enigmático. Já na adolescência, essa mesma cena, a qual Gutton (1991) denominou de “cenas pubertárias”, ganhará novo contorno, pois agora o sujeito torna-se protagonista e participa ativamente. É bastante perceptível a evolução entre esses dois momentos: o adolescente toma agora o lugar da figura parental e isto traduz o acesso a uma posição genital púbere. Esse fantasma edípico é destinado ao recalçamento, e o adolescente afasta essa problemática incestuosa e parricida desviando-se do objeto de origem e remanejando o investimento libidinal para objetos adequados à sua nova capacidade genital (Marty, 2012).

A violência presente nesse período é de tamanha intensidade, que Marty (2006) chega a comparar a reação neurótica desse processo, que denomina como “arrombamento pubertário”, às reações semelhantes das neuroses de guerra, como um bombardeio seria para um soldado traumatizado. Para o autor, o jovem púbere vivencia essa fase como uma neurose traumática, na qual a violência é compreendida como sendo a da genitalização do psiquismo e do corpo. O tempo de trabalho da adolescência tem, nessa perspectiva, a função de elaborar e neurotizar esse traumatismo.

A partir dessa compreensão de que a novidade do pubertário imposta ao psiquismo diz respeito ao traumatismo advindo do encontro com a sexualidade genital, vale retomar o conceito de genital para Freud. São diversas as posições teóricas a esse respeito, mais especificamente, do lugar do genital na obra freudiana, se estaria ele relegado à fase da puberdade ou se é estendido à fase fálica.

Marty (2008), ao acentuar a primazia da genitalidade na puberdade, refere-se a duas teorias sucessivas do conceito de genital em Freud: a primeira iria até início dos anos 1920, presente nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, na qual o genital pertenceria ao período pubertário, marcando o fim da fase autoerótica e direcionando novas escolhas objetais; e de uma segunda teoria, que surge a partir de A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade), em 1923, na qual Freud concebe a existência da genitalidade infantil.

Assim, no primeiro momento, Freud ainda não se refere ao período de latência nem a primazia do falo; apenas posteriormente, Freud (1923) postula a existência de uma organização genital infantil, aproximando ainda mais a vida sexual da criança à do adulto. Nesse escrito, Freud afirma que, nesse momento, não acredita que, no primeiro período da infância, a primazia dos órgãos genitais foi efetuada de modo incompleto ou de modo algum, esclarecendo ainda que a aproximação da vida sexual infantil à do adulto vai além e não é limitada apenas pelo surgimento da escolha de um objeto. Na organização genital infantil, a característica principal consiste no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, o masculino, configurando uma primazia do falo, denominada, portanto, de fase fálica:

Mesmo não se realizando uma combinação adequada dos instintos parciais sob a primazia dos órgãos genitais, no auge do curso do desenvolvimento da sexualidade infantil, o interesse nos genitais e em sua atividade adquire uma significação dominante, que está pouco aquém da alcançada na maturidade. Ao mesmo tempo, a característica principal dessa “organização genital infantil” é sua diferença da organização genital final do adulto. Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, entrar em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo (p. 158).

Nesse escrito, Freud mostra que, desde os primórdios já havia a escolha de um objeto externo, escolha essa que tem lugar mesmo antes da primazia da genitalidade, constituindo “a maior aproximação possível, na infância, da forma final assumida pela vida sexual após a puberdade” (p.157). Essa elaboração teórica é importante para se pensar a fase de latência como período de adormecimento da sexualidade, que ao despertar, encontra a primazia da genitalidade como novidade do pubertário, advento esse que porta um caráter traumático.

Nesse momento, considerando o determinismo da infância na sexualidade do indivíduo e a existência de uma organização genital infantil, podemos ainda nos indagar, por que há novidade no advento da puberdade, e por que ela se configuraria como traumática?

Sem pretender responder de modo absoluto a essa espinhosa questão, podemos tangenciar a indagação a partir de algumas contribuições que argumentam, que comparece, na puberdade, algo diferente do experienciado pela criança na ocasião do conflito edípico, e portanto, novo para o psiquismo, e de caráter potencialmente traumático em razão do excesso pulsional advindo do corpo, sob a primazia, somente agora, da genitalidade.

Para desenvolver essa ideia, Marty (2008) elabora que o genital seria a pedra angular do edifício inteiro, não pertencendo inteiramente nem ao lado do infantil, nem ao lado da sexualidade adulta, constituindo uma “peneira de passagem, um entre-dois, tempo e trabalho psíquico de uma só vez, isto é, a adolescência, tomada como processo psíquico” (p. 58). O genital aparece de uma maneira nova no pubertário, diferente daquela experienciada pela criança na saída do Édipo com o processo de identificação e a concepção fálica da diferença sexual. Na puberdade, o genital dá sentido à sexualidade infantil, transformando o corpo narcísico fálico num corpo genitalizado, cuja libido não está mais inibida quanto ao alvo.

Fortes (2008) acentua que os conceitos de zona erógena e de sexualidade, com suas características perversa e polimorfa são fundamentais para o entendimento do corpo erógeno em Freud, já que o corpo não precisaria estar centrado na função genital e nem na função fálica. A autora, entendendo o corpo como tributário da noção da parcialidade das pulsões, compreende a preeminência da função genital na sexualidade adolescente relativizada à ideia freudiana de corpo erógeno e sexualidade perversa e polimorfa.

Para Freud (1905a/2009), essas transformações da puberdade asseguram a “normalidade” da vida sexual a partir da convergência das correntes sensual e de ternura dirigidas ao objeto sexual e à meta sexual, sendo que a primeira contém em si o que restou do

precoce florescer da sexualidade infantil. É, portanto, o registro da adolescência, que permite ao púbere investir em novos objetos, na diferença genital dos sexos e das gerações. Essa ideia será retomada no próximo subitem desse capítulo, que trata das identificações e escolhas de objetos amorosos na adolescência.

1.3 Identificação sexual e escolha de objeto

A partir da compreensão de que a problemática das identificações constitui terreno privilegiado para se pensar os remanejamentos libidinais inerentes ao processo da adolescência, vale retomar o conceito, que, embora compareça em diversos momentos da obra freudiana, está didaticamente bem descrito no capítulo VII, intitulado *A Identificação*, de *Psicologia das massas e análise do Eu*. Nesse momento, Freud (1921/2016) postula três fontes para os processos de identificação: a identificação mais precoce, a regressiva e a identificação por meio do sintoma.

A identificação como modo de ligação mais precoce está presente na pré-história do complexo de Édipo, na qual o menino identifica-se com seu pai, tomando-o como modelo, e simultaneamente, faz um investimento sexual de objeto em relação à mãe. Esses dois modos de ligação psicológica persistem e ajudam a preparar para o complexo de Édipo, onde a identificação do menino com relação ao pai vai assumir um caráter hostil por perceber que essa figura impede seu caminho de acesso à mãe. Freud afirma ainda que a identificação tem como característica desde o princípio, a ambivalência, podendo se voltar tanto para a manifestação da ternura como para o desejo da eliminação. Nessa configuração, a identificação “aspira por dar ao próprio eu uma forma semelhante à do outro eu tomado como modelo” (p.100).

Na formação histórica de sintoma, a identificação “tomou o lugar da escolha de objeto, a escolha de objeto regrediu à identificação” (p.101), como na ilustração do caso de uma menina que assume o mesmo sintoma de tosse apresentado pela mãe. Essa identificação baseada na

formação neurótica do sintoma pode se dar por diferentes formas: ou a menina, nesse caso ilustrado, manifesta um desejo hostil de substituir a mãe por meio do sintoma, ou, como descrito no caso “Dora”, o sintoma é o mesmo da pessoa amada.

Quando a escolha objetal se transforma novamente em identificação, o Eu assume características do objeto. Freud (1921/2016) chama ainda a atenção para o fato de que, em ambos os casos, a identificação é parcial e muito limitada, pois toma emprestado apenas um único traço da pessoa que serve como objeto.

Em um terceiro caso de formação de sintoma, a identificação desconsidera qualquer relação com a pessoa a quem se imita, baseando-se no fato de querer se colocar na mesma situação. A situação trazida para exemplificar esse tipo de identificação é a seguinte: em um pensionato, uma das jovens recebe uma carta de seu amado secreto que provoca ciúmes e ela reage com um ataque histérico. Algumas de suas amigas, que também gostariam de ter um caso, contraem o ataque por via da infecção psíquica.

Freud (1921/2016) assim resume essas três fontes de identificação:

A identificação é a forma mais original de ligação emocional com um objeto; em segundo lugar, que por via regressiva ela se transforma em substituta de uma ligação objetal libidinosa, como que por introjeção do objeto no eu; e, em terceiro lugar, que ela pode surgir sempre que se percebe qualquer nova característica em comum com uma pessoa que não é objeto de impulsos sexuais (p.103).

Mais adiante, em *o Eu e o Isso*, Freud (1923a/2006) vai reafirmar a importância central das primeiras identificações ao longo de toda a história do sujeito: “os efeitos das primeiras identificações efetuadas na mais primitiva infância são gerais e duradouros” (pp.43-44). Essa primeira identificação, mais direta e imediata, antecede qualquer catexia de objeto e remete à origem do Ideal do Eu. Entretanto, Freud (1923a/2006) segue argumentando que as escolhas objetais referentes ao primeiro período sexual, relacionadas às figuras parentais, parecem encontrar seu desfecho em uma identificação desse tipo, reforçando dessa maneira, a

identificação primária. O próprio autor reconhece a complexidade de abordar esse tema, destacando o caráter triangular do conflito edípiano e a bissexualidade constitucional.

Dessa maneira, Freud (1923a/2006) reconhece que, muitas vezes, em uma análise mais detalhada, os processos de identificações são atravessados por muitas vicissitudes, já que em ambos os sexos, a força relativa das disposições sexuais masculina e feminina (embora o autor não se ocupe em detalhar o que seria essa noção) pareceriam determinar o desfecho do conflito edípiano:

Esta é uma das maneiras pelas quais a bissexualidade é responsável pelas vicissitudes subsequentes do complexo de Édipo. A outra é ainda mais importante, pois fica-se com a impressão de que de modo algum o complexo de Édipo simples é a sua forma mais comum, mas representa antes uma simplificação ou esquematização que é, sem dúvida, frequentemente justificada para fins práticos. Um estudo mais aprofundado geralmente revela o complexo de Édipo mais completo, o qual é dúplice, positivo e negativo, e devido à bissexualidade originalmente presente na criança (p. 45).

Desse modo, a bissexualidade constitucional de cada indivíduo constitui um elemento que traz mais complexidade à difícil tarefa da passagem pelo conflito edípico e as vinculações com as primeiras identificações e escolhas objetais. Essa elaboração é pertinente, sobretudo, para a compreensão do trabalho psíquico imposto pela puberdade, na qual o adolescente se vê colocado diante das transformações corporais e da manifestação do desejo sexual, agora, sob a primazia da genitalidade, momento no qual se encontra, justamente, no conflito de assumir sua identidade sexual e suas escolhas de objeto.

Em relação à difícil tarefa de encontrar novos objetos libidinais no período da adolescência, Freud (1905a/2009), enfatiza que a descoberta do objeto na puberdade, é, na verdade, uma redescoberta, já que restabelece a relação original na qual pulsão sexual tinha no seio materno um objeto sexual externo ao próprio corpo:

Ao mesmo tempo, consuma-se no lado psíquico o encontro do objeto para o qual o caminho fora preparado desde a mais tenra infância. Na época em que a mais primitiva satisfação sexual estava ainda vinculada à nutrição, a pulsão sexual tinha um objeto fora do corpo próprio, no seio materno. Só mais tarde vem a perdê-lo, talvez justamente na época em que a criança consegue formar para si uma representação global da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensava satisfação. Em geral, a pulsão sexual torna-

se autoerótica, e só depois de superado o período de latência é que se restabelece a relação originária. Não é sem boas razões que, para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro. (p.210).

Essa aproximação vai se traduzir na escolha de novos objetos, que trazem a marca dos objetos infantis. Dessa forma, a revivescência do Édipo na puberdade demanda a reatualização das escolhas infantis, escolhas estas tanto de objeto como de posição em relação à sexualização.

Ainda para Freud (1912/2006), no texto intitulado *Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor*, a escolha de objetos amorosos na puberdade é marcada pela união de duas correntes que estavam separadas até então: a afetiva e a sensual. A corrente afetiva, a mais antiga, é formada nos interesses da pulsão de autopreservação, e corresponde à escolha de objeto primária da criança, ou seja, dirige-se aos membros da família que lhe ofertam cuidados. Essa corrente, salienta Freud, leva consigo desde o princípio contribuições da pulsão sexual, “componentes de interesse erótico”, que já podem ser observados na infância, e que se descobrem mais tarde nos neuróticos por meio do tratamento analítico:

Essas fixações afetivas da criança persistem por toda infância e continuamente conduzem consigo o erotismo, que, em consequência, se desvia de seus objetivos sexuais. Então, com a puberdade, elas se unem através da poderosa “corrente sensual”, a qual já não se equivoca mais em seus objetivos (p.187).

É, portanto, a partir da puberdade que novos objetos “estranhos” serão escolhidos com base nos modelos dos objetos infantis, que com o passar do tempo atrairão a afeição que se ligava aos objetos primitivos. Com a corrente sensual, os objetos da escolha primitiva entram em catexia com a libido, defrontando-se, nesse momento, com as barreiras contra o incesto erigidas no processo anterior à puberdade, e esforçando-se por transpor esses objetos de amor infantil inadequados para que encontrem uma verdadeira vida sexual.

Assim, de acordo com Freud (1912/2006), faz-se necessária a junção das duas correntes no comportamento amoroso. Quando não há essa união, comparece uma impotência psíquica, na qual a atividade sexual, embora possua sinais evidentes, é facilmente perturbada e não

propriamente executada ou acompanhada de prazer, fazendo com que a corrente afetiva seja evitada: “Quando amam, não desejam, e quando desejam, não podem amar” (p.188). A depreciação do objeto sexual comparece como medida de proteção contra essa condição, deixando aos objetos incestuosos a supervalorização que normalmente se ligaria ao objeto sexual.

Para Emmanuelli (2008), os adolescentes vivenciam a problemática da identidade e das identificações, buscando, ao mesmo tempo, manter a identidade e remanejar as identificações, em uma “importante pressão narcísica”. Isso porque as transformações do corpo na puberdade colocam em xeque os limites desse corpo, bem como o sentimento de continuidade de si. Ao narcisismo é imposto restabelecer tal sentimento, ao realizar o reajustamento da imagem corporal a partir da integração de suas mudanças. O redespertar do conflito edípico impõe aos adolescentes um desinvestimento objetal que tem como efeito a liberação da libido, que, em busca de objetos, retorna sobre o eu. Nesse sentido, pode-se notar uma intensificação do narcisismo que antecede a escolha de objeto heterossexual, explicando tanto uma certa inflação narcísica, grandiosa, como os momentos depressivos.

Ainda que esse corpo passe por modificações desde a infância, no advento da sexualidade adulta tais mudanças assumem um peso maior, já que o sujeito pode, agora, identificar em seu próprio corpo características do genitor do mesmo sexo, o que demanda um enfraquecimento do campo das identificações (Fortes, 2008).

Para Cardoso (2001), o rearranjo das identificações nesse momento da vida produz forte impacto nas bases narcísicas do psiquismo, por diversas razões, dentre as quais destaca-se o desinvestimento das ligações com os objetos infantis. A autora ressalta que tal remanejamento diz respeito, essencialmente, às identificações secundárias, permanecendo em funcionamento as identificações primárias para que a permanência e continuidade do sujeito, ainda que na descontinuidade, possa ser garantida, e para que a perda do objeto não signifique a perda do

ego. Assim, o narcisismo é fortemente atacado na adolescência, em razão da complicada balança entre investimento narcísico e objetal diante das profundas mudanças pubertárias, deparando-se com fragilidades no seu equilíbrio.

Ainda para a mesma autora, o terreno da relação eu/outro é solicitado de maneira particularmente intensa na adolescência, em face da disputa entre o que poderia ser da ordem da dependência do objeto e o que poderia ser da ordem da busca da autonomia, figurando, por vezes, de modo radicalmente antagônico. Assim, para o sujeito adolescente, a necessidade do outro pode comparecer como uma dependência insuportável, na qual ele se depara com a ameaça de reviver uma situação de desamparo, de passividade. É diante desse quadro que a autora entende que as passagens ao ato podem surgir como uma forma do adolescente buscar combater essa ameaça à própria identidade e integridade.

É nesse sentido que Jeammet e Corcos (2005) afirmam que existe, na adolescência, uma “reorganização do espaço relacional”, com a tentativa de distanciamento das pessoas anteriormente investidas (a família ou seus representantes), que passam a ser objeto de um fenômeno de atração-repulsão, e a busca por um espaço próprio com novos limites. Esse espaço com novos limites implica em fazer escolhas em relação ao corpo e aos novos objetos libidinais. Os autores propõem pensar essa problemática da adolescência por meio da coexistência do sentimento de dependência e da posição de desafio em relação ao mundo adulto: quanto maior o sentimento de dependência, maior será a postura desafiadora e destrutiva em relação ao outro.

Dessa forma, entende-se que o desafio de pensar a adolescência em uma perspectiva psicanalítica nos permite apreendê-la não somente na sua dimensão de um corpo biológico que passa por mudanças significativas, e nem apenas na sua dimensão de lugar de incidência da cultura. O adolescente, após ter atravessado e se constituído na castração, ou na submissão ao falo, e após ter passado pelo tempo da latência, encontra-se, no momento da puberdade, diante das transformações corporais e da irrupção do sexo, sob a primazia da genitalidade, momento

no qual se vê confrontado a assumir sua identidade sexual e escolhas de objeto (Lo Bianco & Nicacio, 2015).

Como já alertava Freud (1931/2006) em *Sexualidade feminina*, não pode a psicanálise dizer o que é um homem ou o que é uma mulher, mas sim como o sujeito se posiciona em relação à divisão dos sexos. Assim, a psicanálise permite reconhecer que nesse momento de vida no qual se dá o encontro com as transformações do corpo e com a manifestação do desejo sexual, o sujeito adolescente é confrontado com a questão de tomar lugar na partilha dos sexos com os efeitos culturais decorrentes (Lo Bianco & Nicacio, 2015).

CAPÍTULO 2: O RECURSO AO ATO AUTOAGRESSIVO E AS ESCARIFICAÇÕES COMO ATOS DE PASSAGEM NA ADOLESCÊNCIA CONTEMPORÂNEA

2.1 O adolescer na contemporaneidade

*Quem anda no trilho é trem de ferro,
sou água que corre entre as pedras: liberdade caça jeito.
(Manoel de Barros, 2001, p.32)*

Anteriormente foram ressaltados os desafios que a experiência da puberdade impõe ao processo de subjetivação adolescente, bem como seu potencial traumático. Entende-se que a questão da cultura produz importantes efeitos sobre o psiquismo, constituindo elemento central para se pensar o processo de subjetivação da adolescência; buscaremos, portanto, detalhar alguns aspectos sobre o adolescer na cultura contemporânea.

Para evitar qualquer possível dicotomia entre o que seria da ordem do intrapsíquico e o que seria da ordem da cultura vale retomar a citação de Freud (1921/2016), em *Psicologia das massas e análise do eu*, no qual destaca, de partida, a influência recíproca que existe entre o sujeito e a cultura, não havendo motivos para contrastar de forma radical a “psicologia individual” da “psicologia social”:

É verdade que a psicologia individual está orientada para o ser humano singular e investiga os caminhos pelos quais ele busca alcançar a satisfação de suas moções de impulso, só que ao fazê-lo, apenas raramente, sob determinadas condições excepcionais, ela desconsidera as relações desse indivíduo com outros. Na vida psíquica do indivíduo, o outro entra em consideração de maneira bem regular como modelo, objeto, ajudante e adversário, e, por isso, desde o princípio, a psicologia individual também é ao mesmo tempo psicologia social nesse sentido ampliado, porém inteiramente legítimo. (Freud, 1921/2016, p.35).

É importante ressaltar que o desafio de compreender o sujeito do inconsciente, bem como a cultura que o cerca, ocupa tarefa considerável na obra freudiana, que trata tanto de aspectos da dinâmica e economia psíquicas, como de temas como a religião, a guerra e a arte. Entende-se que é tarefa fundamental para o psicanalista que atua na clínica da adolescência buscar desenvolver uma compreensão dos tempos de constituição do sujeito sem se

desvencilhar da necessária crítica com relação as formações sócio-culturais de seu momento histórico.

Parte-se, portanto, do entendimento de um funcionamento psíquico duplamente dependente, tanto de seu corpo biológico que constitui seu suporte; como dos estímulos das normas, crenças e representações dos grupos familiares e do meio cultural do qual está inserido (Anzieu, 1988). Assim postula Anzieu e Kaës (1988) a dupla sustentação na qual o funcionamento psíquico se apoia:

sobre o corpo biológico, sobre o corpo social; por outro lado, uma sustentação mútua: a vida orgânica e a vida social, pelo menos em relação ao homem, tem ambas necessidade de um apoio quase constante sobre o psiquismo individual (como fica evidente na abordagem psicossomática das doenças físicas e o estudo da fomentação dos mitos ou da inovação social) como este último tem necessidade de um apoio recíproco sobre um corpo vivo e sobre um grupo social vivo (p.4).

Freud (1930/2006), em *O mal-estar na civilização*, reconhece que os ideais culturais exercem tanto a função de proteção contra o desamparo, como também a função de auxílio na constituição dos laços sociais. Desse modo, os ideais servem como uma importante referência no necessário conflito entre sujeito e cultura, bem como se constituem em recursos para que se possa lidar com a castração e os destinos pulsionais, na medida em que apontam o que, em determinado contexto, deve ser almejado. Entretanto, cabe a indagação se, na contemporaneidade, tais ideais tem promovido essa função, ou se os mesmos tem se mostrado insuficientes, dificultando os processos de subjetivação do adolescente na cultura?

Na sociedade contemporânea, os mitos e ritos, que antigamente marcavam a passagem do tempo (infância, adolescência, casamento, fertilidade, morte) encontram-se enfraquecidos, dando lugar aos mitos e ritos individuais ou de pequenos grupos autônomos, que pouco se comunicam com a sociedade na qual se inserem. As experiências ritualísticas de passagem se constituíam em mecanismos culturais, que, diante dos inúmeros desafios vividos por jovens frente às mudanças corporais e sociais, possibilitavam o amparo e permitiam uma *passagem coletiva*. A ausência simbólica na cultura contemporânea para essas referências de passagem

faz com que a tarefa de simbolizar a passagem do tempo e suas transformações fique a encargo do próprio jovem (Freitas, Reis e Cunha, 2016). Esse fenômeno contribui para a constituição de uma realidade social confusa e dissociada, que prejudica a integração subjetiva e o convívio em comunidade (Levisky, 2013).

Nesse contexto, condutas de risco tem assumido a função de demarcar a experiência do adolecer em nossa cultura, em uma espécie de rito privado de passagem. De acordo com Le Breton (2012), a travessia para o mundo adulto torna-se momento privilegiado para a ocorrência das condutas de risco, em face da indeterminação social da modernidade, na qual não há mais ritos coletivos de passagem capazes de promover a simbolização e a legitimação para a entrada no universo adulto. É nesse sentido que, Le Breton (2010) denomina determinadas condutas autoinfligidas como atos de passagem, nos quais os jovens, diante da encruzilhada de caminhos na qual se encontram, buscam por meio de uma ritualização íntima atribuir significados particulares à experiência de mal-estar vivenciada.

Levisky (2013), problematizando que a vida social exige do sujeito o desenvolvimento de um processo mental capaz de manejar a vida pulsional e o exercício de funções que regem as necessidades de adaptação em um determinado contexto, aponta que a sociedade contemporânea tem como característica o funcionamento em excessos, como o apelo consumista, a ampliação da comunicação em massa, a supervalorização do corpo, os esportes radicais, a corrida contra o tempo. Para o autor, essas condições propiciam o surgimento de mecanismos de defesa frente às angústias e às necessidades de adaptação. São os denominados pelo autor como vazios da contemporaneidade que retroalimentam processos de compulsão que se manifestam como defesas narcísicas arcaicas que visam a libertar dessas tensões em um mais além do prazer.

Ainda para o autor, a intensidade e duração das mudanças sociais possibilitam transformações mentais complexas, que podem ser vividas como violentas por excederem os

limites da tolerância egoica. As características da cultura contemporânea, nesse sentido, são capazes de desestabilizar o sujeito que vivencia incertezas que ultrapassam seus limites egoicos e superegoicos, podendo passar a atuar e a regredir na direção da compulsão a repetição. Dentre as características, o autor elenca,

economia de consumo; subjetividades múltiplas e descentradas; valorização do imediatismo; fragilidade de relações; competitividade, contemplação, lazer e trabalho desmedidos; dificuldades na discriminação dos papéis e funções entre homens, mulheres e outros padrões de gênero; enfraquecimento dos poderes reguladores tanto das sociedades quanto da autoridade parental; desdobramentos sociais e éticos da identificação do genoma humano e seus desdobramentos, como as clonagens; caminhos para novas crenças e religiões; similaridade de fantasias entre homem e mulher; isolamento em que vivem inúmeras pessoas; desejo arcaico de retorno à simbiose; alteração da ordem paterna e da lei simbólica, gerando novos modelos familiares: família monoparental, homoparental, recomposta, desconstruída clonada, gerada artificialmente, sem condição de transmitir seus próprios valores (p.297)

Ainda a respeito de aspectos da cultura contemporânea que interferem no processo psíquico da adolescência, o mesmo autor problematiza:

A velocidade das transformações tecnológicas, a fragmentação das relações temporais, as quebras constantes dos valores éticos e morais, a democratização da informação e do consumo, a maior tendência ao individualismo e à satisfação imediata e concreta dos desejos estão estimulando uma liberação maior da realização de fantasias e dos processos primários do pensamento, incluindo o *acting out*. Outros fatores:

- Aumento das pressões internas e externas sobre o aparelho psíquico e uma tendência à diminuição dos elementos defensivos estruturantes internos e sociais.
- Pensamento robótico, que desconsidera os aspectos subjetivos de cada situação, frente ao homem dialético, organizado cada vez mais segundo sistemas policêntricos (Ogden, 1992).
- Aumento de liberdades sociais e a maior escravidão histórica exercida pelos poderes da mídia e dos grupos econômicos. Poderes que controlam com superioridade imensa a população ameaçam a autonomia de muitos estados. O efeito dominó da globalização e os questionamentos se podemos viver juntos, em sociedade, diante de tantas semelhanças e diferenças, uma verdadeira Torre de Babel (Touraine, 1997).
- Família nuclear enfraquecida. Surgem novos modelos de família: casamentos múltiplos, casamentos homossexuais, gestações tecnológicas; mudanças dos valores sociais da relação homem-mulher;
- Pais e filhos confusos em seus papéis, funções e identidades. Nas relações vinculares primárias, os filhos correm risco de encontrar pais fragilizados, imaturos, mal orientados e abandonados pelo distanciamento que vivem de si mesmos, perturbando o processo de identificação primária.
- Situações agravadas por estados de miserabilidade, violência social, desemprego e desesperança, interferindo na estruturação e integração do self e na dinâmica dos processos de simbolização (Winnicott, 1975, pp.286-287).

Nesse mesmo esforço, Emmanuelli (2008), articulando o processo da adolescência à evolução sociocultural, argumenta que determinados fatores servem como contexto às patologias atuais, tais como: o enfraquecimento do consenso social sobre as regras educativas; a diminuição da valorização social do pai, que, por vezes, acompanha uma perda da sua situação; o retraimento na vida da família com sua redução que exclui a família extensa; e a atenuação das barreiras entre gerações. Para a autora, a relação entre pais e filhos tem como característica, nesse contexto, uma busca pela cumplicidade, que deixa de fora o jogo da autoridade paterna e ofusca os interditos, com o objetivo de dirimir quaisquer conflitos. Nesse sistema, de uma relação idealizada marcada, fica o filho incumbido de satisfazer as expectativas narcísicas dos pais, e posteriormente expectativas da escola.

Ainda para a autora, esse é um paradoxo vivenciado pelo adolescente na atualidade: por um lado, no plano do funcionamento psíquico, as capacidades de autonomização e de conflitos edípicos são sustentados pelo sistema da família na qual residem esses valores edípicos; por outro lado, na direção oposta, os sistemas familiares e sociais que prevalecem na atualidade configuram-se de modo flutuante, sem referências, desenvolvendo questões narcísicas marcadas pela dependência ao objeto externo e pela falta de capacidade de autonomização e conflitualização psíquica.

Lo Bianco e Nicácio (2015) trazem uma reflexão de que não seria mais a exigência do recalque que pesaria sobre os jovens na contemporaneidade, já que a cultura permite a livre expressão da sexualidade. Questionam, em seguida, se esta aparente liberdade não se constitui em uma tentativa de se evadir do desejo e de sua necessária perda. Para os autores, o hedonismo da atualidade contribui para uma relação instrumental com o outro, excluindo o que é da ordem do desejo, e por consequência, evitando a dimensão da castração.

Buscou-se assim, no momento, elencar alguns aspectos da cultura contemporânea que ilustram a difícil injunção entre processo de subjetivação na adolescência e contexto social. São

incontáveis os desafios que a cultura contemporânea impõe ao trabalho psíquico da adolescência, que somados a todas às questões problematizadas a respeito do traumatismo puberal advindo da genitalização do corpo, torna o momento propenso ao surgimento do recurso ao ato autoagressivo, ou atos de passagens, na terminologia adotada por Le Breton (2010).

2.2 O recurso ao ato autoagressivo na adolescência

*No princípio foi o ato.
(Goethe, citado por Freud, 1913/2006, p.162)*

Não se pode deixar de notar que encontramos no período da adolescência um momento privilegiado para o surgimento de diversas psicopatologias que tem o recurso ao ato como questão central. O conceito de ato assume conotações diversas e comparece sob diferentes termos na obra freudiana. A diversidade de terminologias adotadas, bem como as diferentes funções e naturezas do ato para psicanálise apontam para a importância de explorar melhor teoricamente o conceito.

Alberti (2009), ao discorrer sobre o estatuto do ato em psicanálise, indica que na obra freudiana o termo não aparece de forma unívoca, mas em cinco diferentes formas: *Aktion*, *Handlung*, *Akt*, *Tat* e *Agieren*. O primeiro termo *Aktion*, comparece em *Projeto para uma Psicologia Científica* (Freud, 1895/2006) e diz respeito à ação específica (*Spezifische Aktion*) utilizada para designar uma intervenção no mundo externo visando a resolução de tensão interna advinda da necessidade, como a fome ou a sede. Assim, a *ação específica* diz respeito à dupla implicação a serviço do princípio do prazer, tendendo a conservar a energia a um mínimo ideal.

Já *Handlung* refere-se à uma ação que passa pelo julgamento e pela consciência. Existe aqui um trabalho da capacidade de julgamento para alcançar um objetivo, sendo relacionada, portanto, às funções do Eu, do pensamento e da vontade. *Akt* é utilizado de modo bastante particular para determinar o ato sexual (*Sexualakt*), o coito, sendo relativo à cena primária e à relação do sujeito com o seu gozo. O termo ainda foi utilizado para tratar do ato como repetição,

no exemplo do *fort-da* – *Akt do Fort, Akt do Da*. Já *Tat* foi utilizado especialmente em *Totem e Tabu* (Freud, 1913/2009) designando o momento de fundação da cultura, ou seja, do ato de assassinato do pai da horda primitiva. “*Im Anfang war die Tat*” traduzido por “No princípio foi o ato” (Freud, 1913/2006, p.162): com esta citação de Goethe, Freud termina o mito inaugural da cultura.

O último termo, *Agieren*, é trazido por Freud no contexto do tratamento analítico, no qual repete-se algo do passado por meio da ação. Freud (1916), em seu breve texto *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico*, utiliza ainda o termo *die Verwendung der Tat*, que pode ser traduzido por “utilização da ação” para designar atos transgressivos que pudessem decorrer do sentimento de culpa, apontando para um entendimento acerca da motivação para o delito.

Calazans e Bastos (2010) discorrem que a questão do ato é introduzida na literatura psicanalítica como os atos sintomáticos analisados por Freud em *Fragments de Análise de uma histeria - O caso Dora* (1905b/2006) e em *Sobre a psicopatologia da Vida cotidiana* (1901/2006). Trata-se de atos passíveis de interpretação em análise, tais como movimentos repetitivos ou esquecimentos no processo analítico. Entretanto, existem atos que se opõem à interpretação, que surgem na obra freudiana em *Recordar, Repetir e Elaborar* (Freud, 1914b/2006) com a noção de *acting out*. Para os autores, podem ser distinguidas três dimensões dos atos a partir da leitura psicanalítica: o ato falho, que acusa a determinação inconsciente e pulsional dos atos; o *acting out*, derivado do *Agieren* freudiano, que mostra a existência de algo que escapa à cadeia associativa para mostrar em um agir; e a passagem ao ato, tomada pela psiquiatria como conduta imotivada, revelando que a conduta humana não obedece ao princípio do prazer.

Roussillon (2006) discorre que o conceito de ato não pertence à metapsicologia freudiana, sendo encontrado em formas compostas, como “pôr em ato” (*Agieren* em Freud) e

“acting out/in”. Tais termos apontam para uma noção de processo e transitividade, designando não um estado, mas uma tendência do funcionamento psíquico. Os dois termos correspondem a ideias diferentes sobre a atuação na teoria psicanalítica. Para o autor a transferência é um “pôr em ato” na concepção freudiana, constituindo um modo de retorno do recalcado submetido à compulsão à repetição, sendo uma forma de atualização do passado no lugar e em vez da rememoração. O autor alerta ainda para as dimensões de duplo sentido e ambiguidade do ato, podendo esse se constituir de modo elaborativo e/ou defensivo.

Para Laplanche e Pontalis (2001), o termo *Agieren*, assim como a expressão francesa “*mise en acte*” trazem inconsistências próprias da concepção freudiana: não há uma clara diferenciação entre o que é atualização na transferência e o recurso à ação motora, que não diz respeito diretamente ao processo transferencial. Para os autores, no *acting out*, existe a marca da emergência do recalcado. Enquanto o *acting out* se daria em substituição à palavra, atua-se quando não se pode falar; a passagem ao ato se daria na ausência dessa, passa-se ao ato quando a dimensão da palavra escapa ao sujeito.

Nesse sentido, Mayer (2001) problematiza que tal conceito supõe determinações inconscientes de uma atuação que não se limita a descarga motora, mas que expressa um conteúdo mental que se coloca em cena, onde existe uma mensagem, uma convocação, dirigida a um outro significativo. De modo diferente, para o autor, na passagem ao ato o sujeito se precipita em uma ação extrema, pressupondo uma ruptura radical com o desmoronamento de toda mediação simbólica.

Entende-se que a diversidade das terminologias adotadas a respeito do ato assume diferentes conotação a depender dos autores que se debruçaram sobre o tema. A univocidade dos termos é inalcançável, portanto propõe-se, a partir de um percurso por Freud, desenvolver brevemente a noção de autoagressão. Em um segundo momento, sustentado por autores contemporâneos, propor-se-á a noção de recurso ao ato autoagressivo na adolescência como

tentativa limite de simbolização, a partir da convocação dos limites do próprio corpo (Marty, 2012; Le Breton, 2010).

Para elaborar a noção de ato autoagressivo, é pertinente, primeiramente, conceituar a ideia do Eu como objeto – no caso, objeto de investimento sexual. É assim que Freud (1914a/2012), em *Sobre o Narcisismo*, introduz essa noção:

estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem que ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo (p.84).

A nova ação psíquica a que Freud se refere – que faz a passagem do autoerotismo para o narcisismo – é justamente a consolidação do Eu como instância psíquica. Essa consolidação é sobretudo um problema para Freud, na medida em que coloca em xeque sua dualidade pulsional. Até então, sustentava-se a ideia de uma pulsão sexual dirigida ao objeto e uma pulsão de autoconservação (pulsão do Eu) não sexual. Nesse momento, um investimento sexual dirigido ao Eu faz com que o dualismo pulsional seja repensado: a saída consiste na consideração de um dualismo libido do Eu X libido do objeto. O que interessa destacar, contudo, é apenas a introdução do Eu tomado como objeto e alvo sexual.

Nesse mesmo texto, Freud já introduz as primeiras considerações acerca do Ideal do Eu e de um agente crítico que se transformará posteriormente no Supereu. O Eu encontra-se dividido entre o narcisismo primário perdido e a tentativa de realização de seu ideal:

O desenvolvimento do ego consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal (p.106).

Assim, para os fins da presente argumentação, interessa destacar esses dois aspectos: o Eu como alvo de investimento sexual e a emergência do agente crítico que mede a satisfação do Eu de acordo com a distância em relação ao seu ideal. Ambos serão necessários para um entendimento a respeito dos atos agressivos direcionados ao Eu.

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1917/2012) dá um novo passo importante na compreensão da posição objetual do Eu e das conseqüentes auto-recriminações por ele sofridas. Ao discorrer sobre o tema da perda objetual, Freud entende a identificação como ponto central de seu argumento. Segundo ele, um objeto quando perdido faz com que o Eu, para manter seu investimento vivo, identifique-se ao objeto perdido. A consequência disso é dupla: por um lado, o Eu consegue manter o investimento que lhe fora necessário; por outro, torna-se objeto de hostilidades que também desejara dispor ao objeto perdido. Trata-se da relação egoica com o que, em *Sobre o Narcisismo*, Freud (1914a/2012) denominou “agente crítico”. Em suas palavras:

Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego, e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetual se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação (Freud, 1917/2006, pp. 254-255).

Essa separação a que Freud faz alusão representa um outro passo na criação do que será conceituado como Supereu. O que está em jogo – e interessa aos propósitos do presente trabalho – é a relação objetual e, sobretudo, hostil e agressiva que o Eu mantém com o que aqui é chamado de agente crítico, mas que se trata do Supereu. É essa relação que permite uma compreensão da ocorrência de atos autoagressivos.

Em *O Eu e o Isso* (Freud, 1923a/2006), a noção de Supereu, que já estava sendo parcialmente elaborada, é consolidada, permitindo a ampliação do que Freud havia proposto em *Luto e Melancolia* (1917/2012):

Alcançamos sucesso em explicar o penoso distúrbio da melancolia supondo [naqueles que dele sofrem] que um objeto que fora perdido foi instalado novamente dentro do ego, isto é, que uma catexia do objeto foi substituída por uma identificação. Nessa ocasião, contudo, não apreciamos a significação plena desse processo e não sabíamos quão comum e típico ele é (Freud, 1917/2006, p. 41).

Assim, em *Luto e Melancolia* (1917/2012), o que estava em questão era a perda eventual de um objeto. Nesse momento, em 1923, essa perda torna-se não somente irreduzível, como

também inevitável, já que, o que está em jogo agora é a queda do complexo de Édipo e não há mais como escapar da perda. Se, em algum momento, toda criança há de se deparar com o complexo de Édipo, não há mais como não haver perda. O processo de identificação ao objeto perdido – que em 1917 estaria restrito a alguns casos, isto é, aos casos de luto e melancolia – nesse momento faz parte da constituição subjetiva. O Eu, agora, necessariamente se identifica ao objeto perdido, que, no caso, é a soma dos investimentos primários (maternos e paternos) da criança. O desfecho do complexo de Édipo é duplo: por um lado há a introjeção dos objetos perdidos no Eu; por outro, a instauração do Supereu como seu herdeiro:

O amplo resultado geral da fase sexual dominada pelo complexo de Édipo pode, portanto, ser tomada como sendo a formação de um precipitado no ego, consistente dessas duas identificações unidas uma com a outra de alguma maneira. Esta modificação do ego retém a sua posição especial; ela se confronta com os outros conteúdos do ego como um ideal do ego ou um superego (Freud, 1923/2006, pp.46-47).

Contudo, o Supereu não é apenas o herdeiro resignado do complexo de Édipo, mas também uma formação reativa a ele. Dessa forma, ele representa uma dupla injunção: seja que nem o seu pai; não seja que nem o seu pai. O Eu, que introjetou os objetos perdidos para conseguir ser amado pelo Isso, ou seja, identificou-se a esses objetos com o fim de manter seus investimentos, sofrerá os efeitos sádicos de um Supereu que o toma como objeto. Nas palavras de Freud (1923/2006),

o superego, contudo, não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do id; ele também representa uma formação reativa enérgica contra essas escolhas. A sua relação com o ego não se exaure com o preceito: “Você *deveria ser* assim (como o seu pai)”. Ela também compreende a proibição: “Você *não pode ser* assim (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz; certas coisas são prerrogativas dele” (p. 47).

O Supereu, portanto, desempenha uma função sádica em relação ao Eu. Nesse sentido, pode-se entender melhor a relação autoagressiva que o Eu mantém consigo mesmo. Essa influência sádica do Supereu pode levar a que o recurso ao ato autoagressivo se torne uma tentativa não somente de descarga de um excesso, mas também um esforço de manejar e elaborar as demandas pulsionais.

O Mal-Estar na Cultura (Freud, 1930/2006) é o ponto de interseção mais evidente entre a relação objetal do Eu e o sadismo do Supereu. A problemática de Freud nesse texto toca necessariamente na questão da agressividade. Afirmando que a tendência agressiva é inerente à condição humana, Freud questiona-se então a razão pela qual a cultura simplesmente não implode. O que está por traz dessa pergunta é basicamente: o que inibe a agressividade? A resposta não é a cultura, a moral, as leis e nem o amor, mas o Supereu:

A tensão entre o severo superego e o ego, que a ele se acha sujeito, é por nós chamada de sentimento de culpa; expressa-se como uma necessidade de punição. A civilização, portanto, consegue dominar o perigoso desejo de agressão do indivíduo, enfraquecendo-o, desarmando-o e estabelecendo no seu interior um agente para cuidar dele, como uma guarnição numa cidade conquistada (p.127).

É, portanto, o Supereu que transforma a agressividade do Eu em sentimento de culpa, auto-recriminações e autoagressões. Freud postula que a inclinação agressiva do Eu é tomada pelo Supereu e retornada ao próprio Eu: “Cada agressão de cuja satisfação o indivíduo desiste é assumida pelo superego e aumenta a agressividade deste (contra o ego)” (p. 132).

Assim, as reações do Eu para tentar dar conta das demandas do Supereu podem ser consideradas como masoquistas:

O medo desse agente crítico (medo que está no fundo de todo relacionamento), a necessidade de punição, constitui uma manifestação instintiva por parte do ego, que se tornou masoquista sob a influência de um superego sádico; é, por assim dizer, uma parcela do instinto voltado para a destruição interna presente no ego, empregado para formar uma ligação erótica com o superego (p.139).

Nesse sentido, o recurso ao ato autoagressivo pode se configurar como uma tentativa de manejar as questões impostas pelo Supereu sádico. É justamente no período da adolescência que os atos autoagressivos estão mais suscetíveis de ocorrer, em função do traumatismo pubertário, da primazia da genitalidade, do redespertar da questão edípica, e da problemática das identificações sexuais e escolhas objetais, que colocam o sujeito em situação de vulnerabilidade em seus laços na cultura.

Entende-se assim, que a problemática do recurso ao ato autoagressivo encontra sustentação na obra freudiana em razão da relação entre Eu e Supereu. Apoiado em diversos outros autores contemporâneos busca-se ainda justificar a predominância de atos autoagressivos no período específico da adolescência.

Marty (2006) propõe que, considerando o conceito de violência como o exercício da força sem levar em consideração alguém ou alguma coisa, pode-se entender a puberdade como um período marcado por aspectos violentos. Essas características se referem tanto aos atos violentos cometidos por adolescentes, como também ao trabalho psíquico inerente ao período da puberdade. Em consonância com a elaboração do conceito de traumatismo puberal proposta por Gutton (1991), o autor considera que o acontecimento pubertário ameaça o eu, submetendo o adolescente a um bombardeio psíquico que se revela traumático.

O redespertar do conflito edipiano no processo pubertário potencializa, para o autor, os riscos do recurso ao agir (Marty, 2006). No momento da puberdade, frente às inúmeras transformações corporais e à irrupção do sexo sob o primado da genitalidade, o adolescente se vê confrontado a assumir sua identidade sexual e escolhas de objeto. Soma-se a esse conflito as decorrências na cultura dessa tomada de lugar. Essa condição de vulnerabilidade faz com que alguns adolescentes recorram ao ato autoagressivo como forma de se defender da angústia e como modo de simbolização dos conflitos internos.

Nessa perspectiva, o recurso ao ato remete à violência interna do período pubertário, que demanda trabalho de elaboração simbólica e mostra a fragilidade narcísica inerente ao período da adolescência. Assim, da mesma forma que o processo de subjetivação adolescente traz em si a violência inerente ao pubertário, faz emergir também uma clínica do recurso ao ato violento autoagressivo, que comparece de maneira potencializada nos casos de escarificações e tentativas de suicídio desse período.

Marty (2012) argumenta ainda que aspectos traumáticos do período pubertário estão relacionados ao ato como um recurso do processo da adolescência. Para tanto, entende a puberdade como fonte de desamparo ao atacar o sentimento de identidade, que modifica as representações anteriores, aumentando o sentimento de insegurança, podendo levar os adolescentes a recorrer a atos autoagressivos.

Assim, observa-se nos adolescentes mais vulneráveis a importância da função do ato como modo de defesa perante o sentimento de ameaça, contra o qual estão desamparados, pois não conseguem dar conta do traumatismo psíquico imposto pela puberdade. O agir de modo violento e autoagressivo torna-se, conforme o exposto, um recurso que possibilita lutar contra o sentimento de ser levado pela vida pulsional.

A violência que não pode ser elaborada tende a ser atuada. O ato, ao substituir o trabalho psíquico, traduz uma impossibilidade de pensar e simbolizar. Vale aqui retomar brevemente o escrito inglês, citado por Freud (1893/2006) em *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, que ilustra a substituição da ação pela palavra como inaugural do processo civilizatório: “O primeiro homem a desfechar contra seu inimigo um insulto, em vez de uma lança, foi o fundador da civilização” (p.45). É exatamente na impossibilidade de simbolização que podemos aqui situar o recurso ao ato, em que não há possibilidade de mediação.

Entretanto, destaca-se no presente trabalho que o agir pode se constituir também como uma tentativa de simbolização: o recurso ao ato é, ao mesmo tempo, uma defesa contra a angústia e uma via de elaboração do pensamento. Assim, “a violência na adolescência traduz um desamparo e uma dificuldade no processo de subjetivação, onde a passagem ao ato constitui, no melhor dos casos, uma tentativa de solução, uma busca de apaziguamento” (Marty, 2012, p.20).

2.3 As escarificações como atos de passagem: uma busca por forma e sentido

*A incisão é antes de tudo uma cirurgia de
significados
(Le Breton, 2010, p.35)*

Conforme o exposto, mediante a compreensão que os atos autoagressivos na puberdade podem se constituir em defesa contra a angústia, mas também, e principalmente, como tentativas de simbolização, busca-se agora dar ênfase às práticas de escarificação, dada a significativa incidência que tais condutas tem assumido nesse período da vida, bem como em razão da multiplicidade de significados que tal prática designa para cada sujeito.

Le Breton (2010) compreende os atos de escarificação como tentativas de controle do mundo interno e de elaboração de uma relação entre eu e o outro em si mesmo. Para o autor, as escarificações não se configuram como tentativas de suicídio, mas sim como “tentativas de viver”, na medida em que buscam restaurar sentido. Em suas palavras:

Entalhando seu corpo e fazendo sair aquilo que o sufoca, ele recupera sua respiração, e encontra entre si e o mundo um espaço de simbolização que restaura sua posição como ator. O invólucro do sofrimento é perfurado por uma agressão voltada contra si mesmo, porque apenas ela é controlável. A incisão corporal é um freio para o colapso. O choque de realidade que ela introduz, a dor consentida, o sangue que corre, reconectam os fragmentos de si mesmo. Ela permite juntar seus pedaços. Ela alimenta a sensação de estar vivo e restaura os próprios limites. A incisão permite uma autorrepresentação, uma individuação que permite romper o sentimento de queda, de vertigem. A despersonalização é cortada rente pelo ato (p.29).

Assim, as lesões autoinfligidas constituem um enfrentamento ao sofrimento psíquico na medida em que imprimem seu efeito destrutivo na pele para recuperar o controle e elaborar um sentido. Para o mesmo autor, tais comportamentos autoinfligidos raramente são passagens ao ato, embora frequentemente sejam descritos dessa forma. Ele compreende essas condutas como oscilantes entre *acting out* e o que denomina “atos de passagem”:

O *acting out* é uma tentativa de restauração do laço, a passagem-ao-ato é uma maneira de escapar da adversidade. (...) Em contraste, de maneira mais imediata, o ato de passagem é um ato deliberado, perfeitamente pensado, para superar o crescimento da emoção. A ação sobre si mesmo que funciona como um suporte para desvincular-se de antigos fardos, remédio para extirpar-se de uma situação sem saída. O ato de passagem, mesmo se repetido, é um caminho traçado no corpo, cujo preço é pago, para reencontrar

e reestabelecer o laço social. Ele funda, ao longo do tempo, em si e em torno de si, as condições para a continuidade da existência (p.33).

Nessa perspectiva, ainda para o autor, esses atos de escarificação, cujo significado é íntimo e polissêmico, permitem o restabelecimento de uma espécie de contenção para a pele por meio de um invólucro de dor que visa a controlar o sofrimento. Mais que isso, essas condutas ritualísticas “desenham uma área de transição onde se emaranham a experiência emocional e o processo de simbolização” (Le Breton, 2010, p.33). Tais expressões procuram, ainda que de modo inconsciente, um interlocutor, uma busca por reconhecimento, podendo se constituir em uma abertura para o diálogo e para um possível apoio simbólico.

Em consonância com essa elaboração, Matha (2013) considera que o recurso às escarificações na adolescência constituem um apelo ao significado que elas escondem, e que dizem respeito aos impedimentos para se efetuar o trabalho denominado como colocar em história (*mise en histoire*). Para a autora, dentre as importantes tarefas da adolescência, está o trabalho que o Eu deve realizar de “historicizar sua autobiografia”, ou seja, retomar sua história a partir da aceitação dos necessários rearranjos narcísicos e objetivos, o que implica na aceitação das perdas. É nessa problemática de reescrita contemporânea, que, para a autora, o adolescente se encontra: ao mesmo tempo em que está diante da possibilidade de encontrar ou criar novos objetos de amor por meio da integração e da complementaridade dos sexos, o objeto é instável, perdido e reencontrado.

Nesse contexto, o recurso à dor, colocada na pele, de forma controlada e visível, permite de alguma forma restaurar as fronteiras entre o corpo e o psiquismo e o controle do objeto. O ato de escarificar-se busca dominar a irrupção das marcas do traumático por meio da circunscrição em uma dor física (Dargent e Matha, 2011).

O ato comparece, nessa perspectiva, diante do excesso pulsional como modo de apaziguar essa invasão, produzindo um efeito “autocalmante” por meio da dor infligida (Matha, 2010). Na tentativa de recuperar os limites interno e externo, o Eu acaba por operar uma

regressão narcísica em relação ao corpo, na qual a pele torna-se um escudo de proteção diante da dor psíquica. Assim, a dor física, materializada, permite circunscrever a dor psíquica. Diante de um excesso tumultuado, impossível de contenção na cena interna, o recurso ao próprio corpo comparece, já que “a dor é sem palavras, mas não fora da linguagem. Uma linguagem do corpo, cujo significado, mantido em segredo, está por decifrar” (Matha, 2013, p.2). Ainda nas palavras da autora:

O recurso ao ato, traumatismo operado na própria carne do corpo, assume um aspecto paradoxal: revela, pela repetição, a destruição, a dor, que carece de inscrição, mas encarna também uma busca ativa de ex-corporar algum mistério oculto, algum traumatismo, para tentar reinscrever uma forma de continuidade (p.2) (tradução livre).

De forma semelhante, ao se interrogarem se as escarificações indicariam tentativa de inscrição corporal de algo que não fora inscrito no psiquismo, ou seja, de algo não representado, Cardoso, Demantova e Maia (2016) problematizam que a apresentação do corpo e no corpo dos processos internos apontam para a questão dos limites do trabalho psíquico. Para as autoras, trata-se de um corpo apresentado, ao invés de representado, alguém do processo de simbolização. Nessa perspectiva, o apelo ao registro sensorial ocorre diante do insuficiente processo de elaboração psíquica, nítido através da ausência de associações e produções fantasísticas. Pode-se dizer em outras palavras que as impressões traumáticas se inscrevem no corpo quando o trabalho de representação falha.

Considerando que dor e desprazer cumprem uma função importante na constituição da noção de corpo próprio, as mesmas autoras consideram ainda essa dimensão da dor corporal na prática da escarificação, apontando para a ideia de, nessas práticas, haver uma necessidade de se autoinfligir dor na concretude da pele para se apropriar de sua própria existência. Nesse sentido, a experiência sensorial da dor poderia permitir a representação interna do próprio corpo, bem como poderia constituir-se em um caminho para a apropriação dele.

O recurso ao ato de escarificar-se pode ser considerado, dessa forma, como uma defesa contra a angústia de despedaçamento e desaparecimento de si próprio e, ao mesmo tempo, como uma tentativa de recuperação do controle psíquico (Cardoso, Demantova & Maia, 2016).

Assim, entende-se que o recurso ao ato autoagressivo de escarificações na pele, embora assumam funções particulares e polissêmicas para cada sujeito, buscam conter uma experiência de excesso, por meio do recurso a uma dor corporal autoinfligida, visível e demarcada, que permite encarnar o que não pôde ser inscrito no psiquismo e dá ao jovem púbere a sensação de continuidade e de estar vivo. Essas condutas, repletas de sentidos e formas, demandam reconhecimento e possibilitam o enfrentamento do tumulto da cena interna. Como nas palavras de Le Breton (2010), esses atos são “tentativas de viver, de ferir-se para estar menos ferido” (p.38), apontando, nesse sentido, para a criação de dispositivos de cuidado que possam reconhecer a dor e promover processos de simbolização, uma vez que o autor dos cortes é o único responsável pela significação dessas condutas.

CAPÍTULO 3: O GRUPO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL PÚBLICA NA CLÍNICA DE ADOLESCENTES

3.1 Considerações acerca do campo da saúde mental pública infantojuvenil

No campo da saúde mental pública, na qual a clínica psicanalítica está associada à noção de clínica ampliada, inúmeros desafios e possibilidades se apresentam aos psicanalistas que atuam nessas instituições, demandando a criação de dispositivos de tratamento marcados pelo rigor ético e pela postura clínico-política condizente com os princípios fundamentais da psicanálise. A atuação fora do *setting* tradicional, sua inserção nas instituições públicas e o desenvolvimento de trabalhos grupais tem colocado a Psicanálise diante do desafio de investigar e explorar melhor sua atuação nesse contexto. Entretanto, antes de detalhar aspectos dos dispositivos clínicos de grupo, cabe tecer algumas considerações a respeito da política pública mais abrangente que norteia o campo de atuação.

Assim, para contextualizar o campo clínico-institucional no qual esta pesquisa se desenvolve, vale retomar aspectos relevantes da política pública de saúde mental infantojuvenil vigente, bem como da mudança histórica de paradigma que fundamenta atualmente a assistência nas políticas públicas a crianças e adolescentes. Tal fundamentação é importante para o necessário alinhamento conceitual que fundamenta as mais diversas ações intersetoriais no cuidado com a infância e a adolescência, bem como para entender como o serviço no qual este estudo se desenvolve está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS).

A compreensão social sobre a infância e a adolescência não se mantém constante ao longo do tempo, e se reflete de modo importante nos códigos legais, institucionais e em todo o ordenamento social relativo aos sujeitos que atravessam esse período da vida. Desde o final do século XIX até os dias atuais diferentes representações sociais da criança e do adolescente vem permeando as iniciativas de atenção a este público: objeto de proteção social, objeto de controle

e disciplinamento social, objeto de repressão social, sujeito de direitos (Pinheiro, 2006). Nas três primeiras representações sociais, as políticas destinadas ao público infantojuvenil foram marcadas pelo controle do Estado sobre o indivíduo e pelo modelo de assistência centralizado na institucionalização, visando à garantia da proteção social (doutrina da situação irregular). A mudança de paradigma ocorre com a redemocratização do Estado brasileiro e o reconhecimento da condição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos (doutrina da proteção integral).

A noção de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, conforme preconiza os principais documentos normativos vigentes (Constituição Federal - 1988, Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança – 1989 e Estatuto da Criança e do Adolescente - 1990), reconhece a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento e estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos seus direitos. No conjunto de direitos assegurados a crianças e adolescentes está a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas, como o acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS (artigos 4º, 7º e 11, ECA).

Assim, o alinhamento dos conceitos e paradigmas expostos, e a necessária parceria entre profissionais de saúde e do sistema de defesa dos direitos são fundamentais para a garantia desses direitos de crianças e adolescentes e para o acesso aos serviços de saúde e saúde mental da rede do SUS.

No campo da saúde pública é notório uma dívida histórica em relação às políticas em saúde mental voltadas para essa população, somado à dispersão da assistência por diversos setores, tais como a educação e a assistência social. É recente no Brasil o reconhecimento governamental de que a saúde mental infantojuvenil é questão de saúde pública e deve integrar

o conjunto de ações do SUS. No entanto, a defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de serviços capazes de atender à demanda é bastante conhecida no contexto brasileiro. Conforme o exposto, as questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescente foram, historicamente, delegadas às áreas da assistência social e da educação, contando com uma omissão de ações específicas no campo da saúde mental (Couto, Duarte & Delgado, 2008). A representação de crianças e adolescentes nas diretrizes políticas era a do desvio em relação aos ideais médicos, pedagógicos e sociais, sem uma orientação política específica para essa população, configuração essa que só foi alterada pela portaria do Ministério da Saúde 336/2002, ao prever um modelo com orientações específicas a assistência em saúde mental infantojuvenil (Guerra, 2005).

Existem atualmente no SUS ações que visam à implantação de uma política de saúde mental para a infância e adolescência como um plano específico e integrado à política geral de saúde mental, com o principal objetivo de construir uma rede de cuidados capaz de responder às necessidades de crianças e adolescentes (Couto, Duarte & Delgado, 2008). Dessa política específica destacam-se duas ações: a implantação pelo SUS de novos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), e a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com os setores da educação, assistência social, sistema de garantia de direitos, dentre outros.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas reorienta o modelo assistencial, antes hospitalocêntrico, para uma rede diversificada de serviços de base comunitária e territorial. Conforme o preconizado na Lei n. 10.216², a rede é composta por ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e articulada intersetorialmente. Os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, nesta perspectiva que rege atualmente a política de saúde mental, devem assumir

² A Lei n. 10.216, de 06.04.2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

da mesma forma uma função ampliada, conforme consta no documento “Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (Ministério da Saúde, 2014), que aponta como diretrizes fundamentais para a política pública infantojuvenil:

- a) A criança e o adolescente são sujeitos e, como tal, são responsáveis por sua demanda e seu sintoma. São sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala. A noção de sujeito implica também a de singularidade, ou seja, não é possível pensar em tratamentos e abordagens terapêuticas de forma homogênea e prescritiva, pois vale a máxima de que “cada caso é um caso”. Nessa linha, é preciso reconhecer voz e escuta de cada criança e adolescente. Cumpre alertar que, mesmo na ausência de pais ou responsáveis, crianças e adolescentes tem direito ao atendimento eventual ou não eventual.
- b) Acolhimento universal: significa que as portas dos serviços devem estar abertas a todos aqueles que chegam com alguma necessidade de saúde e de saúde mental.
- c) Encaminhamento implicado e corresponsável: no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, os profissionais que fizeram o acolhimento devem, de maneira implicada e corresponsável, promover o acompanhamento do caso até a sua inclusão e o seu atendimento em outro serviço
- d) Construção permanente da rede e da intersetorialidade: a partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área.
- e) Trabalho no território: trata-se de um conceito que extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais, mas tem relação com as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc.
- f) Avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental: as demandas que chegam aos serviços de saúde mental (vindas do sujeito, da família, da escola e dos serviços da rede de saúde ou da rede intersetorial) devem ser discutidas e elaboradas em conjunto pelas equipes, pelos familiares e pelos usuários. (pp. 23-26)

Dessa forma, a função social dos serviços voltados a infância e adolescência em saúde mental deve extrapolar o fazer meramente técnico do tratar, incluindo as ações do acolhimento, da escuta, da possibilidade de propor ações emancipatórias, do enfrentamento a estigmas, preconceitos e determinismos, e da melhoria da qualidade de vida das pessoas. A compreensão de que o indivíduo tem direito à plena participação e inclusão em sua comunidade deve orientar o trabalho de uma rede de cuidados que leva em consideração as singularidades de cada um e as construções que cada criança ou adolescente é capaz de fazer a partir de suas condições (Ministério da Saúde, 2014).

Em razão do ciclo de vida da adolescência ser considerado do ponto de vista biológico como particularmente “saudável”, acaba por evidenciar que os agravos em saúde são decorrentes, em grande parte, de hábitos e comportamentos que podem levá-los, a depender do contexto, a situações de vulnerabilidade, violência e adoecimento. Dessa forma, os riscos produzidos pela situação de desigualdade social, exclusão e discriminação podem dificultar o acesso a direitos e oportunidades por parte da população jovem. Por esta razão, destacam-se estratégias destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, da saúde sexual e reprodutiva, da saúde mental, bem como as estratégias direcionadas à prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas e a redução de morbimortalidade por violências e acidentes (Ministério da Saúde, 2014).

A demanda de cuidado em saúde mental infantojuvenil conta com uma extensa e diversa gama de problemas, que incluem os transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo), transtornos de conduta e hiperatividade, transtornos do humor e da ansiedade, uso abusivo de substâncias, comportamentos de escarificação e tentativas de suicídio (Couto, Duarte & Delgado, 2008). Não se pode ignorar que o período da adolescência constitui um momento de vida privilegiado para o aparecimento de atos de natureza violenta, tanto auto como heteroagressivos. Os comportamentos violentos na adolescência são objeto de intensa preocupação por parte da sociedade, e, conseqüentemente, das instituições voltadas ao atendimento a esse público, que “responde” a essas narrativas sociais ofertando propostas de cuidado, por vezes, contraditórias.

Pode-se constatar, assim, a necessidade de pensar políticas públicas capazes de fazer um enfrentamento às questões da violência na adolescência no campo da saúde mental, a partir de propostas de dispositivos de intervenção que estejam em consonância com os paradigmas e as legislações vigentes, ou seja, que, dentre outros aspectos relevantes, levem em consideração o

adolescente como um sujeito de direitos e que considerem os riscos produzidos pelas situações de desigualdade social, exclusão e discriminação.

Diante do exposto, a clínica da adolescência contemporânea na saúde mental pública convoca os profissionais a pensar em dispositivos capazes de enfrentar essas situações de sofrimento e vulnerabilidade tão características desse campo de atuação. Rosa (2016) chama ainda a atenção para a armadilha de se repetir a violência sofrida por grupos socialmente marginalizados, transformando um problema de natureza coletiva em precariedade ou patologia individualizadas. Nesse sentido, referindo-se ao trabalho específico do psicanalista, a autora aponta: “nossa hipótese forte é que há no analista uma resistência de classe de seu grupo social, o que pode ser impeditivo da escuta clínica” (p.48).

Assim, o trabalho na saúde mental pública, e especialmente com populações em situação de vulnerabilidade deve visar a ampliação do dispositivo clínico analítico para o contexto público, buscando o que está excluído, que não é dito. Ainda na perspectiva da autora, é trabalho do psicanalista observar suas próprias identificações com o discurso que recusa a existência de outras vozes, para, com isso, poder criar condições de escuta e fala daqueles que estão excluídos do discurso social normativo.

Nesse contexto de ampliação dos dispositivos clínicos para além do *setting* tradicional, destacam-se, em especial na saúde pública, os trabalhos grupais. Diversos estudos (Moretto, 2012; Santos et al., 2015; Toledo, 2004) tem corroborado a adequação das abordagens grupais na prevenção e promoção em saúde mental no cuidado com o sofrimento psíquico de adolescentes. As experiências e técnicas de grupo podem servir como referência para fundamentar ações em contextos terapêuticos bastante diversificados, permitindo intervenções eficazes com um maior número de pessoas reunidas no mesmo espaço e tempo.

É notável que na clínica de adolescentes os dispositivos grupais tem assumido ainda mais relevância, em razão da potencialidade que o espaço de grupo permite como espaço de

fala, de reconhecimento e de promoção de novas identificações (Broide, 2008; Coutinho & Rocha, 2007). Em especial no campo das políticas públicas de saúde, no qual as técnicas grupais tem assumido lugar de relevância, surge a necessidade de elaborar, teorizar e avaliar os novos dispositivos terapêuticos em saúde mental (Silveira & Carvalho, 2010; Zago & Padilha, 2016).

3.2 Dispositivos clínicos de grupo em saúde mental

Sou homem, e nada do que é humano me é estranho.
(Terêncio, citado por Freud,
1901/2006, p.40)

A partir das contribuições teóricas do processo pubertário e do recurso ao ato autoagressivo, bem como da contextualização do campo da saúde mental pública, busca-se, nesse momento, desenvolver algumas noções acerca dos dispositivos clínicos de grupo que possam atender a essa demanda que se apresenta de modo central na clínica contemporânea de adolescentes. Assim, quando o recurso ao ato autoagressivo comparece como via de simbolização do processo de subjetivação adolescente, diante dos impasses relacionados às identificações sexuais e escolhas objetais, quais dispositivos clínicos em saúde mental se mostram mais adequados?

Para lançar luz sobre essa questão, vale retomar as contribuições de Roussillon (2010, 2019) acerca da noção de dispositivos clínicos. Para o autor, o que funda um dispositivo clínico refere-se à escuta clínica do que se transfere através do funcionamento associativo de seu paciente, e à tentativa de simbolização que se dá por meio de tais associações. Assim, para o autor, a característica central da posição clínica é precisamente a referência ao método da associação livre. Em suas palavras:

aquilo que constitui o essencial da posição clínica é uma “disposição de espírito” particular que consiste numa forma de atenção voltada para o funcionamento associativo da psique e para aquilo que dele se transfere e se atualiza no seu presente. Só tem cabimento o clínico implementar essa posição e essa atenção se as condições de um encontro clínico estão presentes, isto é, se uma forma de apelo ao “respondente” potencial que é o clínico for localizável. (Roussillon, 2019, p.53)

Nesse sentido, a criação de espaços de liberdade associativa para seus integrantes é fundamental para caracterizar um dispositivo como clínico, considerando que as associações não são apenas verbais, mas sim heteromorfas. O autor abre o campo das explorações psicanalíticas para uma linguagem anterior à aquisição da linguagem verbal, propondo que a associatividade deve também poder integrar formas de linguagem pré e não verbais, ou seja, “associações advindas das diferentes formas primárias de expressão apoiando-se no corpo, consideradas como primeiras linguagens” (Roussillon, 2012, p. 17). Assim, um espaço clínico que promova a associatividade pode se utilizar de desenhos, filmes, fragmentos de palavras, poesias, dentre outros recursos.

O autor enfatiza ainda que é importante compreender e formular a linguagem de cada dispositivo, já que todos os seus elementos são passíveis de interpretação. A duração das sessões e o ambiente do local de atendimento emitem mensagens que podem assumir sentidos diferentes para cada sujeito, e que podem e devem ser interpretadas.

Roussillon (2010) ainda argumenta que o termo mais adequado ao trabalho do psicanalista seja “simbolização”, em detrimento de “interpretação” ou “análise”, para chamar a atenção ao trabalho terapêutico de recomposição. Isso porque o trabalho de simbolização compreende tanto um processo de separação quanto um processo de reunião, e ao buscar reunir de outra maneira o que foi separado, conjuga análise e construção. Nessa vertente, os dispositivos de cuidado devem ser compreendidos e analisados em razão do suporte que realizam ao trabalho de simbolização. Para construí-lo, não é possível determinar tudo o que o paciente terá necessidade durante o processo terapêutico, portanto, ajustes podem e devem ser feitos ao longo do caminho, com o objetivo de promover, nas palavras do autor, um enquadre “sob medida” para cada sujeito.

Para o autor, algumas propriedades e qualidades do meio ambiente são fundamentais para promover sua função simbolizante, não podendo estar demasiado ausentes:

Diversos trabalhos de psicopatologia dos últimos anos ressaltaram o caráter desorganizador, para a atividade de simbolização, de um objeto não Meio Maleável. Por exemplo, o caráter inapreensível do objeto sobre o qual o sujeito não tem controle, assim como a incoerência afetiva e a imprevisibilidade das reações do objeto que ela acarreta criam um clima de impotência e de insegurança que inibe as possibilidades de integração do sujeito. A insensibilidade, o caráter impávido das suas reações (que, por isso, não são ou não se dão como tais) refletem, para o sujeito, uma indiferença do objeto; elas o desesperam por jamais poderem se fazer compreender, nem poderem transformar as situações de desprazer etc (Roussillon, 2019, p. 233).

Nessa perspectiva, o meio maleável representaria as condições do ambiente humano facilitadoras do processo de simbolização. Esse meio maleável possui essencialmente cinco características: a indestrutibilidade, extrema sensibilidade, transformação indefinida, disponibilidade incondicional e animação própria (Roussillon, 2006). Sobre a primeira e mais fundamental característica, a indestrutibilidade, diz o autor:

A indestrutibilidade do meio maleável permite-lhe apresentar relativa indiferença à quantidade ou a suas variações, ou antes, transforma estas em formas. Transforma as variações de quantidade em qualidade, o que leva ao limite o ponto de vista econômico. Disponível incondicionalmente, numa primeira análise ele não parece inscrever-se facilmente no campo da dinâmica do conflito (p.140)

A extrema sensibilidade diz respeito à capacidade do meio de não ser destruído, mas necessitar apenas de pequenas variações quantitativas para se moldar. Na terceira característica, a transformação indefinida, tem-se a capacidade do meio em adquirir novas formas ainda que permanecendo o mesmo. A disponibilidade incondicional é característica muito importante, já que o sujeito precisa poder ter acesso ao meio e encontra-lo acessível. O último aspecto, a animação própria, refere-se ao caráter vivo e criativo que o meio deve possuir.

A partir dessas contribuições, é possível pensar nos diversos dispositivos que podem ser propostos e ajustados conforme a demanda que se apresenta. No serviço público de atenção integral a adolescentes, a necessidade de flexibilizar o enquadre torna-se ainda mais evidente, uma vez que nos deparamos cotidianamente com dificuldades relacionadas à frequência dos adolescentes às consultas, seja por razões financeiras, de vulnerabilidade social, ou de conflitos familiares; dificuldades relacionadas à disposição de locais adequados para o atendimento mais

próximos do local onde residem; dentre outras questões específicas associadas à própria demanda de atendimento desses adolescentes.

Nesse contexto, o trabalho em grupos, nas suas mais diversas configurações, tem se mostrado particularmente interessante, seja por sua adequação clínica à demanda apresentada, seja por se mostrar a modalidade mais viável institucionalmente no campo da saúde pública, no qual o número de pessoas que buscam atendimento é, com frequência, superior à capacidade das instituições de prestarem o serviço. Assim, as intervenções grupais tem se disseminado nesse campo como dispositivos eficazes de cuidado e como possibilidade de inserção da psicanálise nas instituições públicas de saúde mental (Romanini & Roso, 2012). Em razão disso, no campo das instituições públicas, tem sido cada vez mais necessário o desenvolvimento de pesquisas a respeito das instituições e dos dispositivos grupais.

São diversas as contribuições de analistas pós freudianos na prática com grupos (Bion, 1975; Pichon-Rivière, 1983; Anzieu, 1993; Kaës, 1997). Nesse momento, para propor dispositivos grupais de cuidado em saúde mental, destacam-se os aportes clínicos e teóricos para o trabalho psicanalítico com grupos elaborados por Anzieu (1988, 1993) e Kaës (1997).

A partir da compreensão do grupo como lugar de produção do inconsciente, Kaës (1997) postula que o grupo não é apenas uma reunião de pessoas, mas uma estrutura independente reunida sob suas próprias leis, organização e funcionamento. A realidade psíquica do grupo é definida pelos espaços psíquicos comuns, compartilhados. Dentre suas múltiplas contribuições, ressalta-se a noção de aparelho psíquico grupal. Em suas palavras:

O aparelho psíquico grupal é um dispositivo de ligação e de transformação dos elementos psíquicos. Realiza um trabalho psíquico especial: produzir e tratar a realidade psíquica do grupo e no grupo. Só funciona pelas relações de seus sujeitos, constituindo um dispositivo irreduzível ao aparelho psíquico individual: não é a extrapolação deste. O aparelho psíquico grupal comporta operadores que asseguram a passagem e a transformação entre as psiquês individuais e o espaço intersubjetivo grupal (p.218).

O autor traz uma nova metapsicologia ao postular que “a textura psíquica da intersubjetividade é a condição do sujeito do inconsciente” (p.247), articulando, assim, as

relações entre o duplo limite constitutivo dos espaços psíquicos, dentro e fora de cada sujeito. As formações e os processos inconscientes que operam no vínculo intersubjetivo dão sustentação a essa metapsicologia, cujas contribuições permitem encontrar bases para uma compreensão psicanalítica dos fenômenos psíquicos grupais.

Nessa perspectiva, o mesmo autor enfatiza a função do grupo na estruturação psíquica e nos processos de subjetivação:

O grupo cumpre funções fundamentais na estruturação da psique e na posição subjetiva de todas as pessoas. Nascemos para o mundo já como membros de um grupo, ele próprio encaixado em outros grupos e com eles conectado. Nascemos elos no mundo, herdeiros, servidores e beneficiários de uma cadeia de subjetividades que nos precedem e de que nos tornamos contemporâneos: seus discursos, sonhos, seus recalçados que herdamos, a que servimos e de que nos servimos, fazem de cada um de nós os sujeitos do inconsciente submetidos a esses conjuntos, partes constituídas e constituintes desses conjuntos. (p. 106)

Dessa forma, o trabalho ativado pelo grupo comporta uma realidade psíquica própria, definida pelos espaços psíquicos comuns e compartilhados. O sujeito que desempenha relações no grupo é, nessa perspectiva, constituído como sujeito do inconsciente e constituinte da realidade psíquica a ser produzida no grupo.

É necessário, portanto, expandir os conhecimentos do que ocorre entre as pessoas, no espaço intersubjetivo que vincula um sujeito a outros sujeitos do inconsciente. Para abarcar essa maneira de pensar as realidades psíquicas, Kaës (2011) propõe a criação de uma terceira tópica para contemplar o inconsciente na intersubjetividade, abarcando espaços psíquicos ampliados, em uma concepção do inconsciente aberto, multidimensional que não estaria contido no limite do espaço psíquico individual e seria dotado de múltiplos centros. Essa terceira tópica é fundada e amparada em determinados modelos: o aparelho psíquico grupal; os organizadores grupais; as alianças inconscientes; as funções fóricas; e os processos associativos como pontos de amarração entre espaços intrapsíquicos e espaços vinculares (Trachtenberg et al., 2011).

O dispositivo grupal permite, ainda de acordo com o autor, contatar uma realidade psíquica inacessível de outra maneira, a do grupo enquanto entidade. No grupo, o sujeito pode

experimentar os efeitos produzidos por ele e nele no encontro entre seu inconsciente e o do(s) outro(s). Ademais, o grupo fornece uma “pertinência identitária” que faz com que seus membros possam se perceber e ser vistos como sujeitos do grupo, colaborando para uma experiência de ser sujeito desejante, apaziguando a angústia de não ter um lugar no desejo do outro (Kaës, 2011).

Nessa perspectiva, Anzieu (1993), por sua vez, desenvolve a ideia do grupo como um envelope vivo que comporta as imagens ilusórias que cada um faz dos demais membros. O grupo funciona como um continente no interior do qual se ativa uma circulação fantasmática e de identificações entre seus integrantes. Nessa constituição imaginária grupal, análoga ao do psiquismo individual, no grupo, assim como no sonho, se realiza um desejo infantil reprimido. O autor considera que, diante da ameaça grupal que o indivíduo experimenta em perder sua própria identidade imaginária diante de tantas demandas diferentes, se dá a produção de uma ilusão grupal, na qual o “eu ideal” de cada um é substituído por um “eu ideal comum” nos grupos.

Assim, Anzieu (1988) e Kaës (1997) consideram que o grupo é constituído como uma realidade psíquica própria, que por sua vez é análoga ao psiquismo individual, o que possibilita a aplicação e adaptação dos conceitos e técnicas da psicanálise para a prática de psicoterapia grupal.

Dando continuidade a essas contribuições, para construir um conceito de grupos a partir do referencial psicanalítico, Ávila (2009) propõe os seguintes passos: a) o indivíduo não existe; b) o eu é feito de relações; c) o eu é múltiplo; d) o eu é eu – outro; e) o eu é plural. A noção de indivíduo como uma unidade independente é criticada, dando lugar a uma concepção mais abrangente que compreende o indivíduo como uma expressão singular de um coletivo maior: “Nesse ponto podemos concluir que a teoria dos grupos é uma teoria da relação humana e

também uma teoria do indivíduo. O indivíduo é não apenas parte do grupo - o indivíduo é grupo” (p.51).

Ainda nesse sentido, a partir da compreensão dialética de que o indivíduo forma o grupo e o grupo forma o indivíduo, Ávila (2016) afirma:

o homem é, intrinsecamente, um entre os homens; em relações necessárias e permanentes com o outro. No íntimo de seu psiquismo está o outro homem, está toda a humanidade (...) O homem é parte de uma série. Sua existência individual é inquestionável, mas abstrata. Assim o homem só existe porque é humano, e sua humanidade é o que importa para caracterizá-lo, estudá-lo ou tentar compreendê-lo (p.22).

Considerando grupo e indivíduo como fenômenos imbricados, o mesmo autor retoma o texto de Freud (1921/2012), em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, que resgata os fundamentos para um estudo analítico de grupos por considerar o fenômeno grupal não como algo secundário na condição humana, mas sim como origem, como matriz organizadora da experiência mental humana.

A partir desse entendimento de que a realidade do indivíduo é grupal, pode-se dizer que a teoria dos grupos é uma teoria das relações humanas e uma teoria do indivíduo (Ávila, 2009). A partir do momento em que estão em grupos, indivíduos com suas mentes e emoções singulares passam a compartilhar experiências que os coletivizam.

No campo da saúde mental pública, a partir dos paradigmas da reforma psiquiátrica, as instituições tornaram-se espaços coletivos abertos e interativos que buscam investir no fortalecimento dos laços sociais dos usuários. Quando se trata de populações vulneráveis, a potencialidade dos grupos de se tornarem instrumentos para concretizar necessidades fundamentais de seus integrantes é ainda mais nítida. Isso porque a população oprimida, sem acesso aos direitos fundamentais, dificilmente consegue traçar um delineamento político da sua situação com base em suas necessidades comuns para transformá-la (Ávila, 2016). Para o autor, nesse contexto, o objetivo principal do trabalho constitui em proporcionar e desenvolver a formação de grupos dentro da comunidade, capazes de assumir uma função ativa diante da

realidade na qual se inserem, com finalidades e tarefas grupais estabelecidas pelos próprios participantes.

Vale destacar, dentro desta perspectiva, que esse trabalho precisa visar a transmissão de algo da dimensão do sujeito, sem a qual o discurso da cidadania pode incorrer no risco de reproduzir o modelo tutelar e excludente (e nesse caso, do sujeito), que se pretende combater. Assim, no contexto da inserção da psicanálise nesse campo, é pertinente que se faça uma distinção entre o sujeito de direitos civis e o sujeito da psicanálise, para que o diálogo desses saberes, junto aos princípios da atenção psicossocial que envolvam as noções de acolhimento, convivência, cuidado, dentre outros, se torne mais profícuo (Romanini e Rosso, 2012).

Ainda nessa perspectiva, Rinaldi (2006) enfatiza que a posição do analista neste cenário deriva de uma ética que se orienta não pelo bem, mas pelo desejo, e que se funda na aposta de que ali há um sujeito que poderá emergir como resultado de um trabalho clínico. Em frente às inúmeras dificuldades do trabalho essencialmente coletivo das instituições, é no lugar de um “entre vários” na equipe multidisciplinar que o psicanalista sustenta uma ética fundada no desejo na qual o sujeito torna-se o eixo do trabalho clínico.

Diante do exposto, e partindo da concepção de que o processo de subjetivação adolescente é marcado por aspectos traumáticos e violentos, tanto subjetivos quanto intersubjetivos, apontamos para a necessidade de criação de dispositivos de cuidado mais adequados a essa demanda de adolescentes em vulnerabilidade. Os grupos, em especial no campo da saúde mental, tem se mostrado particularmente pertinentes para o acolhimento e favorecimento de processos de identificação e elaboração na clínica de adolescentes. Parte-se do pressuposto que encontramos na clínica dos adolescentes um terreno de especial interesse, em razão do trabalho psíquico imposto pela puberdade, bem como da prevalência do recurso ao ato autoagressivo no surgimento de diversos quadros psicopatológicos. Por se tratar de momento crítico, na qual as possibilidades de mudanças são máximas devido aos

reanejamentos necessários, intervenções terapêuticas mais adequadas e específicas são particularmente importantes.

CAPÍTULO 4: O DISPOSITIVO CLÍNICO DE GRUPO: PRECISÕES SOBRE O MÉTODO

O campo da saúde mental caracteriza-se pela pluralidade e heterogeneidade de orientações teórico-clínicas, bem como pela tensão e coexistência de modelos antigos de assistência, de caráter mais asilar e excludente, e novos modelos que privilegiam o sujeito. Assim, o trabalho do psicanalista nessas instituições se dá “entre vários” na equipe multidisciplinar, impondo uma necessidade de reinvenção permanente do trabalho clínico (Rinaldi, 2015). Nesse contexto, é fundamental que se proponha elaborar, avaliar e discutir dispositivos grupais que possam sustentar uma ética não tutelar que coloque o sujeito como norteador das práticas terapêuticas.

A partir da constatação da necessidade de criação de novos dispositivos clínicos grupais no campo da saúde mental, busca-se, nesse momento, tecer algumas considerações a respeito da proposta e metodologia do dispositivo a ser ilustrado no próximo capítulo, O Grupo da Diversidade, bem como do contexto institucional no qual está inserido, na medida em que isso traz consequências na sua organização narrativa.

4.1 Histórico

O Grupo da Diversidade está em andamento há pouco mais de quatro anos em um serviço público de referência, pesquisa, capacitação e atenção à saúde de adolescentes em seu contexto familiar. O serviço compõe a rede de saúde mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal desde 1998, oferecendo diversas modalidades de atendimento interdisciplinar a adolescentes de 10 a 18 anos de idade e suas famílias. É priorizado o trabalho em rede com outros serviços de diversos níveis de atenção da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, estabelecendo parcerias com equipamentos sociais de outras secretarias da administração do Distrito Federal e com estabelecimentos acadêmicos.

Trata-se de um serviço ambulatorial de média complexidade. Embora o acolhimento e os diversos atendimentos aos adultos responsáveis façam parte do projeto terapêutico ofertado, é assegurado o direito que o/a adolescente tem de ser atendido sem a presença de uma pessoa adulta.

Além da assistência à saúde propriamente dita, o serviço é um campo para a realização de estudos e pesquisas conduzidos por estudantes de diversas formações que tenham interesse na área, como estagiários, residentes médicos e residentes multiprofissionais. O Centro dispõe ainda de modalidades de treinamento em serviço, fortalecendo o apoio e matriciamento a profissionais que atuam na rede de atenção básica, no sentido de qualificar o atendimento de jovens em seus respectivos territórios.

Atualmente, o serviço conta com uma média de 25 grupos, diversos em relação à proposta terapêutica, metodologia e demanda clínica atendida. Os atendimentos individuais e familiares nas especialidades (pediatria, psiquiatria, neurologia, ginecologia, odontologia, terapia ocupacional, serviço social, psicologia, fonoaudiologia) são realizados no modelo ambulatorial.

Nesse contexto institucional está inserido o Grupo da Diversidade. Cabe ainda enfatizar que esse dispositivo grupal compõe uma linha de cuidado específica mais complexa, que inclui acolhimentos, atendimentos individuais e familiares em diversas especialidades, além de intervenções institucionais junto às escolas, conselhos tutelares e demais órgãos do sistema de garantia de direitos. Essa linha de cuidado, bem como a construção dos projetos terapêuticos singulares serão detalhadas mais adiante no presente capítulo.

É válido, nesse momento, elucidar as demandas clínico-institucionais que apontaram a necessidade para que o dispositivo terapêutico fosse pensado e criado. Como um serviço público de saúde mental, o trabalho clínico interdisciplinar atende as mais variadas demandas psicopatológicas, e não escapa às contradições e paradoxos que atravessam as instituições

públicas de saúde: a coexistência de diversas concepções epistemológicas e teóricas, que culminam em diferentes concepções de sujeito e, por conseguinte, diferentes posicionamentos ético-clínicos.

As perspectivas terapêuticas são, portanto, atravessadas por tais contradições e paradoxos, o que traz importantes efeitos do ponto de vista do tratamento. Assim, um mesmo serviço integra múltiplas orientações teóricas e condutas clínicas, a depender do programa, da linha de cuidado ou do profissional. Dentre os inúmeros conflitos que tencionam os serviços públicos de saúde mental, pode-se citar a questão da medicalização *versus* a atenção psicossocial; e as perspectivas hospitalocêntricas/médico-centradas *versus* a atenção territorializada e os paradigmas da Reforma Psiquiátrica.

A coexistência desses diferentes modelos de atenção à saúde mental impõe um desafio ao trabalho interdisciplinar – o de criar dispositivos terapêuticos interdisciplinares com pressupostos ético-clínicos convergentes e referenciais teóricos de diversas abordagens. Assim esse dispositivo começou a ser elaborado, com base nas necessidades apontadas pela prática clínica no serviço, a partir da prevalência das demandas nas quais o recurso ao ato autoagressivo comparecia de modo potencializado, como nos casos de tentativas de suicídio e escarificações, dentre outros quadros graves.

A clínica de tais atos autoagressivos na adolescência provocavam respostas de cuidado tanto plurais quanto às perspectivas teóricas coexistentes no serviço: condutas que variam desde perspectivas mais punitivistas às mais emancipatórias; desde as mais focadas no tratamento farmacológico às mais voltadas ao cuidado por uma equipe interdisciplinar psicossocial. Mostrava-se então evidente a necessidade de construção de um dispositivo de cuidado capaz de acolher e responder melhor à questão do ponto de vista clínico, levando em consideração o campo da saúde mental onde ele se insere, as contribuições da psicanálise, da clínica ampliada da Reforma Psiquiátrica e o trabalho de rede intersetorial.

Diante desse contexto, em novembro de 2015 foi iniciado o Grupo da Diversidade, com o objetivo inicial de reunir adolescentes que já estavam em atendimento biopsicossocial na unidade de saúde e que apresentavam questões de saúde mental como tentativas de suicídio, escarificações, isolamento social, recusa escolar, conflitos familiares, dentre outros, relacionados às identificações e escolhas sexuais do período da adolescência, com os efeitos socioculturais daí decorrentes.

A opção, desde o início, foi propor um dispositivo que não tivesse como foco um sintoma ou conduta, mas aspectos do processo “normal” da adolescência. Nesse sentido, observava-se que os casos mais graves que chamavam a atenção da equipe interdisciplinar, em sua maioria relacionados a tentativas graves de suicídio, escarificações, e vulnerabilidades sociais, apresentavam de modo prevalente duas situações clínicas centrais: vivência de violência sexual e questões relacionadas às identificações sexuais e escolhas objetais na adolescência que eram expostas no âmbito social articuladas às questões de gênero. Como a instituição já conta, historicamente, com um programa específico direcionado ao atendimento de vítimas de violência sexual infanto-juvenil, o PAV (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Violências), observou-se a necessidade de se pensar uma linha de cuidado mais direcionada às identificações sexuais e escolhas objetais na adolescência que possibilitasse um trabalho sobre as identificações dos adolescentes, as problemáticas da identidade sexual e as autoagressões.

Outro ponto que vale destacar é o campo das políticas públicas no qual o grupo se insere – o campo da saúde mental, na medida em que isso traz importantes especificidades nas demandas que chegam ao serviço, bem como nas propostas terapêuticas a serem desenvolvidas. Assim, de forma geral, as pessoas não buscam o serviço inicialmente por terem questões específicas relacionadas às identificações sexuais e escolhas objetais na adolescência, ou questões de gênero, mas por apresentarem queixas identificadas como questões de saúde mental

(depressões, ansiedades, transtorno bipolar do humor, dentre outros; ou a partir dos atos autoagressivos). Nesse aspecto, o grupo se diferencia de outros dispositivos voltados ao mesmo público, ainda que bastante escassos nas políticas públicas, como os Centros de Referência da Diversidade e o CREAS da Diversidade, no âmbito da assistência social.

4.2 Metodologia e proposta terapêutica

Após essa breve contextualização institucional, pode-se tratar de alguns aspectos metodológicos específicos do grupo. Esse dispositivo de cuidado, que ainda está em andamento, iniciou suas atividades há pouco mais de 4 (quatro) anos, com frequência quinzenal, já tendo passado por ele aproximadamente 300 (trezentos) adolescentes. O grupo tem, em média, entre 15 (quinze) e 25 (vinte e cinco) adolescentes por encontro, com duração de 2 (duas) horas e condução de 3 (três) profissionais de diferentes áreas de formação, sendo um médico de família, uma psicóloga e uma assistente social. Trata-se de um grupo aberto, no qual novos integrantes podem entrar a qualquer momento, enquanto outros, por diferentes razões, podem sair.

A partir da ideia inicial de criar um dispositivo clínico para que adolescentes tivessem a oportunidade de discutir questões relacionadas às identificações sexuais e escolhas objetais dentro da especificidade do campo da saúde mental no qual o serviço está inserido, buscou-se delimitar um espaço e um tempo para a elaboração da proposta. Não havia uma proposta ou metodologia previamente sistematizada pela equipe clínica para o dispositivo de grupo. Havia, antes de mais nada, a ideia de reunir os adolescentes em atendimento na unidade com queixas de autoagressão, depressão e tentativa de suicídio relacionadas aos conflitos de identificações e escolhas sexuais para se pensar, juntos e coletivamente, em uma proposta de grupo, com objetivos e métodos em movimento, respeitando a dinâmica que seria criada e desenvolvida no próprio grupo.

Embora não houvesse, *a priori*, uma metodologia sistematizada e fechada para a organização do grupo, alguns paradigmas embasavam a proposta terapêutica do dispositivo: o trabalho em equipe interdisciplinar, os paradigmas da reforma psiquiátrica e da saúde mental pública, e a clínica orientada pela ética do desejo que tem no sujeito seu norteamento. A ideia consistia em iniciar um grupo aberto, que não seria focado em sintoma e/ou patologia específica, e que tinha como um de seus objetivos elaborar conflitos do período pubertário relacionados às identificações e escolhas sexuais. Dessa forma, embora os atos autoagressivos fossem prevalentes, eles não dariam nome ao grupo, ou seriam evocados como centrais na formação grupal.

Outro aspecto que já constituía preocupação inicial na elaboração da proposta diz respeito ao contexto de vulnerabilidade e exclusão social no qual os adolescentes que participariam do grupo estavam e ainda estão inseridos. Nesse cenário, o dispositivo clínico precisaria estar em consonância com uma clínica-política capaz de promover novas possibilidades de laços sociais e de protagonismo sócio-político-cultural dos integrantes.

Para criar o ambiente grupal, buscou-se introduzir um meio flexível que pudesse promover a associatividade e a criatividade (Roussillon, 2010), no qual foram utilizados diferentes objetos culturais facilitadores do processo grupal, tais como filmes, documentários, vídeos da internet, poesias, dentre outros recursos. A partir desses estímulos, que funcionavam como disparadores iniciais, os adolescentes eram convidados a falar sobre suas impressões, associações e sensações. Não demorou muito tempo até que vários desses recursos culturais fossem dispensados pelos próprios adolescentes, na medida em que eles traziam os temas e as questões que gostariam de compartilhar, se apropriando do espaço e tempo do grupo. Pôde-se observar, inclusive, uma espécie de inversão criativa desse processo: se, no início, materiais culturais foram utilizados para promover as falas; após um tempo, as falas iniciavam um processo de elaboração original de objetos culturais.

Logo no início das atividades do grupo, havia ainda uma preocupação com o fortalecimento dos laços sociais diante de situações de vulnerabilidades psíquicas e sociais que levavam muitos jovens a situações de isolamento, recusa escolar, e pouca ou quase nenhuma participação em eventos culturais. A criação de uma rede de apoio emocional e familiar, além da promoção do protagonismo social dos integrantes já se configuravam como objetivos iniciais do grupo. Outra questão que já se constituía como pressuposto inicial do trabalho a ser realizado era a importância de uma proposta bem articulada na rede intersetorial do sistema de garantia de direitos, em especial com as escolas, os conselhos tutelares, os equipamentos da assistência social, o Ministério e a Defensoria Pública.

Outro ponto que cabe destacar é que, como um grupo conduzido por profissionais de diferentes formações (um médico de família, uma psicóloga e uma assistente social), o trabalho interdisciplinar apresentaria potências e desafios, tais como o desenvolvimento de uma proposta grupal com referências teóricas de várias áreas e com objetivos terapêuticos em movimento. Para tanto, um espaço previamente designado para estudo, intervisão dos casos clínicos e avaliação do grupo terapêutico se faria necessário. Esses aspectos serão melhor detalhados mais adiante em um subitem específico nesse capítulo.

4.3 O Grupo e a linha de cuidado: A construção de Projetos Terapêuticos Singulares

O Grupo da Diversidade, embora tenha passado a assumir um lugar de centralidade na proposta terapêutica, faz parte de uma linha de cuidado mais complexa, que envolve atendimentos individuais (nas diversas especialidades – psicologia, psiquiatria, hebiatria, ginecologia, serviço social, dentre outras), atendimentos familiares, além de articulações institucionais (em especial com as escolas, conselhos tutelares e Ministério Público). Dessa forma, não existe um fluxograma institucional rígido como metodologia de atendimento, mas

sim desenhos terapêuticos que assumem formas bastante diversificadas, a depender da situação de cada sujeito e a ser definida e redefinida nos projetos terapêuticos singulares.

O projeto terapêutico singular – PTS é um conceito bastante disseminado no campo da atenção à saúde mental por preconizar uma atuação mais integrada da equipe interdisciplinar, extrapolando os aspectos do diagnóstico psiquiátrico e da medicação na condução do tratamento. É definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (Ministério da Saúde, 2007, p.40). Esse termo, projeto terapêutico singular, em detrimento da nomenclatura também utilizada como projeto terapêutico individual, justifica-se para enfatizar que o projeto pode ser desenvolvido para grupos ou famílias, e não apenas para um indivíduo, além de frisar seu caráter de singularidade, e portanto, da diferença, como fator central de articulação. O documento aponta para os quatro momentos do PTS: o diagnóstico, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.

Vale destacar que, nessa perspectiva, o diagnóstico se difere do modelo biomédico no qual apenas um profissional o realiza. Nesse modelo, o diagnóstico busca realizar uma avaliação que inclua aspectos biopsicossociais, possibilitando uma análise dos riscos e vulnerabilidades do sujeito. Busca ainda “captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social” (Ministério da Saúde, 2007, p. 41).

No caso do sujeito adolescente, considera-se de fundamental importância o trabalho com a família, considerando que os conflitos em seu âmbito são centrais na experiência de sofrimento trazidas pelos adolescentes. Da mesma forma, diante de tantas questões relacionadas a violações de direitos, ressaltam-se as articulações necessárias com as escolas e os conselhos tutelares.

A construção de projetos terapêuticos singulares amplia as possibilidades clínicas, na medida em que busca ofertar um cuidado sob medida ao adolescente, reconhecendo suas diferenças, e muitas vezes, investindo exatamente nesses aspectos mais particulares de cada um. O fato desse projeto ser reavaliado constantemente junto ao adolescente e família permite ainda uma responsabilização conjunta, entre equipe e atendido, do tratamento proposto. Assumir responsabilidade sobre a condução do próprio tratamento propicia ao adolescente a tomada de um papel mais ativo, no qual ele pode opinar, decidir e propor junto à equipe o melhor desenho terapêutico a ser adotado.

O momento de desenvolvimento do PTS varia de acordo com o modo como as pessoas chegam ao serviço. Na maioria das vezes, após o acolhimento realizado na entrevista inicial, adolescente e família participam do chamado “Grupo de Entrada”, dispositivo que tem como um de seus principais objetivos a construção dos PTS. Entretanto, esses projetos podem e devem ser realizados e/ou reavaliados sempre que necessário. Nos casos, por exemplo, de adolescentes que vem direto ao Grupo da Diversidade, normalmente a convite de algum outro membro, o projeto terapêutico é realizado no próprio grupo ou em um atendimento individual e familiar agendado para este fim.

Assim, considera-se que é fundamental para a adesão de adolescentes e familiares ao tratamento que o Grupo da Diversidade faça parte de uma linha de cuidado com mais possibilidades de modalidades terapêuticas, embora entenda-se a potencialidade e o destaque que esse dispositivo tem nos projetos terapêuticos singulares.

4.4 Discussão clínica do dispositivo

Ao final de cada reunião do grupo, a equipe interdisciplinar se reúne para a discussão clínica do encontro, na chamada “intervisão”, que tem a duração média de 1 (uma) hora. Esse

importante espaço de discussão permite elaborar teoricamente a proposta do grupo, a análise de seu andamento e seus efeitos terapêuticos.

No espaço da intervenção ocorre a análise do dispositivo grupal, bem como as propostas de ajustes necessários ao seu andamento. Como exemplo de ajuste, pode-se citar a situação na qual, por exigência institucional, foi necessário alterar o local de atendimento. Os encontros eram realizados em uma sala isolada em um espaço de área verde, e passaram para uma sala “comum” dentro da unidade de saúde. Os integrantes do grupo logo reagiram e pediram que a equipe revertesse a situação para que os encontros voltassem a ser realizados no antigo espaço. Nessa situação, muitos adolescentes puderam falar sobre o que aquele espaço significava para eles e a importância do grupo ser mantido naquele local.

Nessa ocasião, são ainda discutidos os planos terapêuticos de cada um dos integrantes. Às vezes, percebe-se no grupo que algumas pessoas encontram-se em maior sofrimento psíquico, em situação de violência e vulnerabilidade social agravada ou risco de comportamentos autoagressivos ou até mesmo risco de suicídio. Conforme a necessidade de cada caso, são discutidos os próximos agendamentos em consultas individuais ou familiares nas diversas especialidades: hebiatria, psiquiatria, psicologia, ginecologia, serviço social, dentre outras. Quando necessário, articulações intersetoriais também são planejadas, especialmente com as escolas e os conselhos tutelares. Trata-se, dessa forma, de um espaço permanente de reavaliação dos planos terapêuticos singulares.

É importante ressaltar que, além de todas essas funções, esse espaço de intervenção clínica também cumpre seu propósito na formação dos profissionais que participam do grupo. Nesse momento, os residentes multiprofissionais, os estagiários ou os profissionais da saúde que participaram do encontro podem tirar suas dúvidas, questionar aspectos metodológicos e discutir os planos terapêuticos dos integrantes.

CAPÍTULO 5: O GRUPO DA DIVERSIDADE NAS NARRATIVAS DE SEUS INTEGRANTES

Esse lance da inclusão é bem legal, né? Porque a gente inventa nossos ideais, e às vezes, a gente pensa: ah cara, tá errado isso que eu tô fazendo, eu sou um erro. Mas daí a gente vê outra pessoa e pensa: cara, olha como essa pessoa faz um bem pro mundo! Eu posso fazer isso também, mesmo eu sendo assim e assado, isso não é um empecilho. Isso te bate em algum lugar e é bom.

Adolescente do Grupo da Diversidade



Créditos: *Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF*. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

Busca-se, nesse momento, ilustrar o dispositivo clínico que tem se mostrado particularmente interessante e potente do ponto de vista terapêutico: o Grupo da Diversidade. Conforme o exposto, o grupo está em andamento há mais de quatro anos na instituição e por onde já passaram mais de trezentos adolescentes. Por essa razão, é bastante vasto o material clínico acumulado. Optou-se, para a consecução dos objetivos desse estudo, em desenvolver uma narrativa do grupo a partir das falas de seus integrantes, selecionadas pelos momentos

clínicos de maior relevância, tanto pela frequência com que tais conteúdos eram trazidos, como pela intensidade da repercussão grupal que obtiveram ao longo desses últimos anos.

Foram selecionados nove eixos para a ilustração e discussão do dispositivo clínico. Os eixos de análise foram selecionados a partir do material clínico das sessões e das discussões do grupo no espaço da intervenção. Foram utilizados, para tanto, múltiplos registros clínicos das sessões: diários e anotações dos encontros, prontuários físicos e eletrônicos, evoluções dos atendimentos grupais, dentre outros. O espaço privilegiado da discussão clínica do dispositivo permitiu que a equipe pudesse selecionar os temas mais recorrentes e mobilizadores da dinâmica grupal a partir dos seguintes eixos:

- Tentativas de elaboração dos conflitos pubertários;
- As escarificações como expressão de uma dor sem palavras;
- Uma experiência de perda, luto e cuidado;
- Do sofrimento individual à possibilidade de um laço social pelo grupo;
- Sentimentos de inadequação no ambiente escolar e busca por protagonismo;
- A grupalidade em contextos de discriminação e exclusão social;
- A importância do acolhimento à família;
- Funções no grupo e do grupo;
- O enquadre ajustado às necessidades do grupo.

5.1 “A sexualidade é algo muito extenso” – Tentativas de elaboração dos conflitos pubertários



Créditos: Foto por Tony Winston/Agência Brasília. Reportagem jornalística da Agência Brasília.

Em um dos encontros do grupo, antes que houvesse qualquer tipo de apresentação inicial ou abertura por parte dos terapeutas facilitadores, iniciou-se uma conversa espontânea e animada entre os adolescentes sobre conceitos relacionados à sexualidade e nomenclaturas contemporâneas:

Outro dia eu estava falando com um amigo... A sexualidade é algo muito extenso. Porque tipo, tem a sexualidade e as variações da sexualidade. Tem pessoas que só se interessam por um tipo específico de pessoa, tem pessoas que se interessam pelo jeito que o outro trata ela...

Outro adolescente rapidamente concorda: “sim, sim e tem tipo, sexualidade atração física e a sexualidade romântica. Tipo mano...”. Nesse momento, muitos começam a falar ao mesmo tempo, buscando categorizar experiências da sexualidade. Outro adolescente polemiza: “Gente, e tem ainda a pessoa que sente atração sexual sem ter vontade de ser correspondida!”

Alguns se espantam, mas outra logo acrescenta: “Nossa! É sinistro isso. Você gostar de sentir atração por uma pessoa, mas não querer que isso seja correspondido. Existe isso, existe sim”. O colega ao lado a ironiza: “Amiga, isso é categorizado como trouxa!”, ao que ela responde: “é porque é extenso, muito extenso”.

As experiências afetivas e sexuais vão sendo discutidas, analisadas e diferenciadas, por vezes categorizadas, com base nas vivências de cada um e nas discussões das quais eles participam:

Existe uma sexualidade que tipo, você só consegue se atrair por uma pessoa, independente se é menino ou menina, se você tiver uma ligação emocional com essa pessoa. Aí eu descobri que meu namorado é assim. Só consegue se atrair fisicamente se tiver vínculo emocional.

Em meio ao animado debate permeado por falas concomitantes, inicia-se uma problematização sobre o desejo sexual e a capacidade de constituição de vínculos mais duradouros: “Minha irmã, por exemplo, consegue ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, mas não consegue ter relacionamentos duradouros”. Outro adolescente acrescenta: “eu sinto mais atração física por garotas, só que eu não consigo namorar, nem nada, criei tipo um bloqueio emocional. Então eu sou gay? Eu tenho preconceito comigo mesmo, tipo uma barreira”.

A colega ao lado se identifica com a fala e compartilha, buscando ajudá-la a compreender:

Eu tinha isso! Mas eu comecei a olhar muito para dentro de mim, comecei a me escutar mais e analisar. É que é muito mais simples e melhor a gente se categorizar, dar um nome, porque aí você responde pros outros e pronto! Resolveu!

Outro adolescente problematiza a dificuldade de se sentir pressionado a “se definir” ou “se assumir alguma coisa” antes de ter condições de se compreender bem:

Mas esse que é o problema! Às vezes a gente não se sente tão confiante para dizer que é só isso. Eu, por exemplo, quando me perguntam sobre minha sexualidade, eu falo: eu acho que eu sou gay. Eu acho, porque eu ainda não consegui me achar.

Essa angústia de se sentir pressionado interna e socialmente a se definir foi compartilhada por muitos adolescentes no grupo. Algumas adolescentes, mais impacientes, provocaram: “quando alguém te perguntar diga que você faz a merda que quiser e isso não interessa a ninguém!”.

Todos riram, mas o mesmo adolescente que buscava desenvolver uma compreensão, respondeu, em tom de brincadeira: “Gente, não! Lá na minha quadra não funciona assim não! (risos). Não precisa ser na voadora. Não é bom ser impulsivo e falar as coisas sem pensar”.

A temática da prostituição e da exploração sexual infanto-juvenil comparece frequentemente nas conversas sobre sexualidade. Em especial, as adolescentes *trans* se mostram mais sensibilizadas e afetadas pelo tema, se colocando de modo bastante enfático:

Tratam muito a mulher trans como um objeto, um experimento. A prostituição é um risco muito grande, é uma profissão, mas a maior parte das pessoas que estão lá é por necessidade, por falta de oportunidades de vida. É muito triste. O buraco é mais embaixo, não é uma opção, eu parei inclusive de brincar com isso. Eu falava muito: ah, se nada der certo na minha vida eu vou tentar isso (prostituição). Hoje, entendendo, eu não falo mais isso, e eu posso ajudar as pessoas que estão lá. E, é uma coisa muito triste você sair na rua sem saber se você volta pra casa. Se as oportunidades na sociedade mingam para algumas pessoas, elas ficam em risco.

As vulnerabilidades e violências a que são submetidas pessoas de identidades e orientação sexual não cisheteronormativas são frequentemente discutidas, bem como as experiências pessoais que os colocam em risco: “Tem a coisa das pessoas que procuram isso por fetiche. Eu sou sado, e uma vez aconteceu comigo. Um cara tentou bater em mim e por sorte eu consegui sair porque eu estava amarrado”. Rapidamente, outro integrante se preocupou em alertá-lo no sentido da sua proteção: “Mesmo nessa área do sadomasoquismo você precisa saber até onde vai o consentimento. Mesmo que você goste de sentir dor, você precisa saber quando parar. Tem que ser um acordo mais seguro”.

Assim, em razão da vulnerabilidade social dessa população específica, o grupo identifica a importância de se discutir de forma mais aprofundada questões relativas à prostituição, risco e vulnerabilidade. Essa discussão culminou na ideia de se fazer uma oficina

de sexualidade, que foi conduzida pelo médico de família, a assistente social e a psicóloga que participam do grupo, e teve como foco a proteção social e a prevenção combinada, que associa diferentes métodos preventivos às ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis). Em razão da avaliação bastante positiva por parte dos integrantes, a oficina de sexualidade já se tornou uma atividade do grupo que ocorre sempre que os jovens demandam ou quando a configuração grupal se altera muito, com a chegada de novos integrantes.

Nesse exemplo da oficina de sexualidade, é possível ilustrar a potencialidade de um grupo terapêutico conduzido por uma equipe interdisciplinar: em um grupo da atenção secundária voltado a questões agravadas de saúde mental, é possível realizar concomitantemente ações de prevenção da atenção básica, com vistas à diminuição dos riscos e vulnerabilidades sociais da população-alvo. Essa pluralidade de objetivos e propostas grupais torna-se viável em razão da diversidade de formações profissionais, que permite uma maior integralidade na atenção à saúde.

Dessa forma, ao mesmo tempo que se pode atuar em aspectos preventivos mais relacionados à atenção básica, pode-se também elaborar conflitos psíquicos mais complexos, como a dificuldade para se identificar na adolescência, tema que é recorrentemente trazido pelos integrantes. Essa “dificuldade para se identificar”, na forma como é expressada no grupo, diz respeito especialmente ao modo como entendem suas orientações e identidades sexuais. Para muitos, nomear aspectos da experiência subjetiva no meio social é tarefa bastante difícil e fator gerador de um grande incômodo:

Estou participando de movimento social. Eu me sentia um *allien*, agora me identifico com algumas pessoas ali. Acho que eu sou uma pessoa sem gênero. O principal que me chamou atenção, é que eu não quero corpo feminino nem masculino. Eu não me sentia como menina, mas eu não sou trans, porque também não me sinto como menino. Foi difícil, é muito difícil se identificar. Eu não me identifico com nada. Eu não consigo conciliar o pronome neutro com nada. Mas de antes pra agora já melhorou muito, porque agora convivo com pessoas assim, consigo falar pelo menos.

Outra adolescente que havia passado por uma experiência semelhante enfatizou a importância das intervenções terapêuticas familiares para a diminuição da violência no processo pubertário:

Minha mãe me perguntava toda hora o que eu era, e eu tinha vontade de dizer que eu era uma planta. Na mesma intensidade que eu me identifico como menino, eu me identifico como menina. Querem me enquadrar como trans, mas eu não sou. Então, talvez sem gênero... Quando eu cheguei no grupo, eu tinha tranças. Do nada, eu quis raspar o cabelo. Minha mãe é muito religiosa e eu achei que meu pai fosse me matar. Mas agora tá bem melhor, porque meu pai é cabeça fechada, difícil, mas muito importante pra mim. Agora ele quer entender e vir nas consultas. Hoje ele incentiva muito eu vir nas consultas, ele diz que eu vou entender o que se passa pra depois explicar pra ele. Eu sou muito parecida com meu pai... Ter o apoio que eu tenho deles é algo sem explicação. Por isso, na vista de antes, agora eu estou bem melhor! Eu não esperava isso, sério, não sei como meu pai deu esse avanço todo. E agora eu me sinto bem mais forte para continuar.

Nesse mesmo sentido, outro integrante relatou como é difícil atravessar um processo ao mesmo tempo individual e familiar em um momento em que até o próprio adolescente se sente muito confuso e incapaz de nomear aspectos de seu período de subjetivação:

Eu percebi que tinha depressão desde os 12 anos e me sentia bem inadequado. Muito inadequado. Eu só desconfiava que eu era homossexual. Isso é bem incômodo na família. Meu pai faz chacotas, e com minha mãe é bem difícil também.

A partir do trabalho grupal, é possível acompanhar e elaborar o intenso trabalho psíquico da adolescência, que consiste em dar sentido às experiências somáticas e psíquicas potencialmente traumáticas. Conforme o exposto, nesse momento da vida, a pressão pulsional ancorada na violência produzida pela genitalidade, impõe às instâncias psíquicas rearranjos narcísicos e objetais (Cardoso, 2008). As problemáticas de perdas e renúncias do processo adolescente compreendem a renúncia aos laços com os pais da infância e as imagos parentais infantis; a perda do corpo da infância, e da estabilidade da imagem corporal; e a perda da ilusão de completude bissexual, e de seu sentimento de onipotência (Emmanuelli, 2008). É precisamente esse momento que os impasses relacionados a imposição de assumir um lugar no desejo e na divisão dos sexos encontra sua mais intensa repercussão (Nicácio & Bianco, 2015).

É notável que na cultura contemporânea, essa difícil tarefa está, cada vez mais, a encargo do próprio adolescente, que não encontra em seu meio social formas, ritos ou expressões culturais para a elaboração coletiva desses conflitos (Le Breton, 2010). No isolamento da vivência de mal-estar, na confusão das identificações possíveis e na dor da sensação de “não saber o que se é, mas ainda sim ser inadequado”, os comportamentos de escarificações, tema do próximo subitem, comparecem como uma tentativa de dar sentido a essas experiências.

O grupo comparece nesse cenário como um potente dispositivo capaz de promover associações e elaborações dos conflitos pubertários relacionados às identificações e escolhas sexuais de seus membros, a partir dos processos de identificação grupal e construções coletivas de sentido. Os impasses relacionados à reorganização do espaço relacional (Jeammet & Corcos, 2005), na qual coexistem a tentativa de estabelecer uma nova distância das figuras parentais, e a busca por um espaço próprio com novos limites, encontram um espaço privilegiado na coletividade, onde podem ser discutidos e simbolizados, a partir da construção de referências comuns de passagem que se apresentam de modo tão insuficiente na cultura contemporânea (Freitas, Reis e Cunha, 2016). O dispositivo, nesse sentido, contribui para a constituição de uma realidade grupal mais integrada, na medida em que fortalece o convívio em comunidade.

5.2 “Uma forma de alívio da dor” – As escarificações como expressão de uma dor sem palavras



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

Em um encontro ocorrido no final do ano de 2017, próximo ao natal, a temática das relações familiares na ceia tradicional veio à tona. O tema das experiências natalinas costuma ser sensível e provocar discussões sobre a convivência e os conflitos familiares. Essa temática permitiu que uma adolescente de 15 anos contasse sobre sua vivência de violência sexual intrafamiliar e seus sentimentos de culpa, vergonha e medo por ter que conviver com o autor da violência nas festividades de fim de ano, sem que nenhum membro da família soubesse do ocorrido. O relato dessa adolescente causou forte comoção no grupo, e a partir de sua fala, outro adolescente contou que também havia sofrido violência sexual na infância, e que só pôde “entender o que havia acontecido”, em suas palavras, no início da puberdade, quando já apresentava sintomas de escarificações nos braços. A partir da associação feita pelo adolescente

entre a vivência de violência sexual na infância e o comportamento de escarificação do início da puberdade, outros adolescentes passaram a compartilhar, em seguida, suas vivências de sofrimento e seus comportamentos de escarificação.

Diante dos incontáveis conflitos familiares, seguidos por muita violência física e verbal, outro jovem desabafou:

A minha tendência é mesmo a automutilação, pra tentar tirar essa dor de dentro de mim. Aí, por causa disso, tive que procurar uma psicóloga. A última vez que me cortei foi no início desse ano. Já faz tempo... O corte pra mim é uma forma de alívio da dor. Às vezes eu pensava, vou cortar até me acabar. Agora estou buscando controlar.

Enquanto ouve esse relato, outra adolescente, que vinha concordando com a fala anterior, compartilhou sua experiência:

A primeira vez que eu me cortei foi no meu aniversário. Eu estava com muitos conflitos dentro de casa. Eu me lembro de achar uma lâmina no meu estojo e ficar segurando. Eu estava na casa da minha avó. Queria aliviar a dor que eu estava sentindo aqui dentro. Depois desse dia, fiz várias vezes, me acostumei, sempre escondia com roupa de frio. Mas minha mãe viu e me trouxe pra cá.

Vários adolescentes se identificaram com a fala e compartilharam seus conflitos familiares. Alguns mostraram as marcas e cicatrizes, frequentemente localizadas na parte interna do antebraço, resultantes dos atos de escarificação. Nesse momento, uma adolescente de braços bastante escarificados contou sua história familiar, marcada por experiências de perda e sentimento de rejeição, mobilizando bastante o grupo. Ela havia sido adotada informalmente ao nascer, e sua grande referência afetiva, o pai adotivo tinha falecido há alguns anos. A adolescente experimentava forte sentimento de rejeição por parte dos pais biológicos e de luto pela perda do pai adotivo, e sua condição emocional estava ainda mais abalada em razão dos constantes conflitos com a mãe:

Minha mãe é pastora e as palavras que ela fala geralmente me ferem muito. Todo dia lá em casa é uma briga por causa das minhas escolhas, ela briga muito comigo. É extremamente difícil lá em casa. Ocorreu um episódio segunda: Eu não tomei meu remédio e estava extremamente irritada. Minha mãe estava tentando entrar no meu quarto, e eu empurrei minha mãe e bati a porta de gesso com força. Aí meu irmão começou a me bater, ele me deu um soco e eu revidei. Eu fiquei muito estressada e revoltada. Eu saí de casa, descalça, com sensação de pânico, pra rua. Simplesmente saí.

Quando eu estava próxima da passarela, querendo fazer alguma coisa, chegou uma amiga da minha mãe, viu que eu não estava bem e me abraçou. E me perguntou o que eu estava querendo fazer tão próxima à passarela. Eu não admiti. Aí eu desabei e ela me levou para casa dela. Minha mãe demorou muito a me buscar na casa dela. Minha mãe pediu desculpas e está me tratando um pouquinho melhor. Eu disse pra ela que queria voltar a morar com minha mãe biológica. Ocorreu isso tudo. Nunca acontece uma demonstração de carinho comigo, não tem, eu não vejo carinho (choro). Depois que meu pai morreu, eu e meu irmão ficamos muito afetados com isso. Eu tive crise de pânico. E parece que minha mãe se fechou completamente e focou no meu irmão, que segue as expectativas dela, e, portanto, ela trata ele melhor. Ela é muito dura nas palavras e machuca bastante.

A adolescente estava muito emocionada ao contar sua história, e o choro e as pausas eram acompanhados por toques e abraços dos colegas mais próximos. Ela conseguiu prosseguir e contou ainda que havia nascido prematura em razão de inúmeras violências físicas que a mãe tinha sofrido por parte do pai biológico. Em meio ao relato triste das experiências de violências, ela contava com carinho de episódios de afeto e companheirismo com o pai adotivo, de quem ela tanto sentia a falta.

No grupo, os mais diversos comportamentos de escarificações são frequentemente associados às violências sexuais e físicas sofridas, bem como aos conflitos relacionados à identificação e orientação sexual não cisheteronormativa. Alguns adolescentes relatam, perplexos, que muitas vezes, a questão da orientação sexual é mais conflitiva e central para a família do que a gravidade das violências perpetradas ao longo da vida. Um adolescente assim exemplifica essa situação:

Quando eu estava me cortando muito, ela (professora) descobriu que eu fui abusado sexualmente na infância, e saiu espalhando para meio mundo de gente o que eu passei. Aí uma menina da escola descobriu que eu sou gay e todos ficaram sabendo. Minha mãe veio falar comigo, e disse: o que é isso, você vai contar da sua vida agora pra todo mundo? Aí eu olhei pra cara dela e pensei: e você não espalhou pra todo mundo dentro do ônibus que eu me cortava? Você não espalhou pra todo mundo que eu fui abusado sexualmente? Agora quando eu vou falar sobre uma coisa simples, você não quer que eu fale? Até hoje perguntam pra ela porque eu não tenho namorada, e ela diz que eu ainda não quero arrumar. Minha família tá longe, eles são uma bando de falso.

Outro adolescente concorda com o relato, e acrescenta: “Essa questão (da orientação sexual não heteronormativa) é muito difícil pra família. Eu tô até hoje esperando minhas primas mais velhas, lésbicas, se revelarem, pra eu poder pegar uma carona e contar”.

Vários integrantes contam, com mágoa, da intensidade de agressões a que são submetidos, e relacionam tais agressões do ambiente familiar aos comportamentos autoagressivos, incluindo as escarificações e as tentativas de suicídio:

Eu fiz escândalo mesmo porque não estavam me deixando falar! Todo mundo estava bêbado e dizendo coisas muito agressivas pra mim. Faz tempo que eu estou pensando em suicídio, que eu me corto, tinha muitas coisas suicidas na minha cabeça e minha mãe me tratando assim. Ontem eu cheguei da escola e tive uma crise, não conseguia falar nada, estava mudo, e meu padrasto chegou bêbado falando merda – que estavam criando uma cobrinha dentro de casa, que deviam me mandar embora já que eu fui adotado mesmo. Começou a falar que odeia gente LGBT e que eu devia trabalhar. Chegou ao ponto de perguntar por que eu não me matava logo para parar de fazer merda. Sendo que eu estava precisando de ajuda e não conseguia falar. Tipo, é foda quando alguém não entende e não consegue enxergar o que você está passando internamente, e joga coisa pra cima de você sem você conseguir falar.

Ao final desse relato, emocionado, o adolescente contou que procurou sua amiga, que estava sentada ao seu lado no grupo, para pedir ajuda. Nesse momento, a amiga foi questionada sobre como foi, para ela, acompanhar toda essa situação. No entanto, ela expressou que também estava atravessando um período de crise emocional e não pôde ajudar o amigo como gostaria:

Desde a semana passada eu estou enfrentando um momento crítico de transtorno alimentar, e nessa semana o transtorno estava me vencendo, eu não estava conseguindo sair da cama, ao ponto da minha mãe ter me deixado faltar aula porque viu que eu não estava nada bem. Mas eu gostaria de ter tentado te ajudar mais.

Inicia-se assim uma discussão sobre as possibilidades de intervenções terapêuticas familiares nesse caso. Um integrante questiona: “Estamos tentando encontrar uma solução...O que você acha que sua mãe precisa agora? Você acha que ela precisa de um tempo para entender o que está acontecendo com você?”.

O adolescente responde, desanimado:

É que eu estou revivendo um trauma. A mesma merda que meu pai adotivo bêbado falava pra mim, agora meu padrasto bêbado fala, as mesmas palavras. Eu tô muito

cansado disso. Mas vou tentar chamar minha mãe para próxima consulta porque sozinho eu não estou dando conta.

Várias pessoas compartilham, com sugestões, sobre o jeito de conversar com a família que tem funcionado para cada um, o tempo que os membros da família levam para entender o que se passa com os adolescentes, a importância de se ter paciência e de saber a hora de buscar ajuda, onde e com quem conversar. Sugere-se que os terapeutas, ao final do encontro, façam uma carta-convite para a mãe do adolescente em questão. Os integrantes ressaltam que seria bom que o documento não tivesse um tom de intimação, mas de cuidado, e do quanto nós, do serviço, precisaríamos falar com ela, e não de que ela precisaria de um atendimento.

Outro adolescente, a partir de sua experiência pessoal, tenta ajudar no manejo da crise familiar que estava sendo abordada:

Talvez você vá ter que ver formas, do seu jeito, de aprender a lidar. Eles criaram muita expectativa em cima de você, eles tinham um estigma do que você seria, é muita idealização. Até agora, nos seus 15 anos, eles imaginavam que você seria uma coisa. Você ainda vai ter que aguentar muita coisa e vai ter que se construir. E vai ter que aprender a conviver com eles porque eles são seus pais. Às vezes, procure os amigos, seus amigos vão poder te ouvir e fazer o que eles não fizeram. A gente fica preso pensando – ah, eu queria tanto que meus pais me tratassem desse jeito – mas infelizmente não é assim!

As associações entre conflitos familiares permeados por agressões físicas e verbais e os comportamentos de escarificações são frequentes e comuns a quase todos os integrantes do grupo. Conforme elaboram Anzieu (1988) e Le Breton (2010), a pele constitui uma instância de manutenção do psiquismo, arraigando o sentimento de si em um corpo que individualiza o sujeito. Exerce uma função de contenção, funcionando como uma fronteira, na medida em amortece tensões provenientes tanto do meio interno quanto do meio externo.

A partir dessa perspectiva, pode-se compreender os atos de passagem das escarificações como “balizas identitárias” que buscam inscrever limites na pele: “as palavras são, por vezes, muito impotentes frente à força dos significados ligados aos eventos, e a passagem pelo corpo se torna, então, a única opção” (Le Breton, 2010, p. 27). No entendimento do autor, as condutas

auto-infligidas são, portanto, tentativas de controle do mundo interno, de elaboração de conflitos entre o eu e o outro, e de comunicação paradoxal, ainda que inconsciente, na busca por um interlocutor.

Essa função de contenção e controle do mundo interno comparece de forma bastante nítida nos relatos, como “uma forma de colocar pra fora uma dor insuportável que vem de dentro”, ou “é um jeito de aliviar um sofrimento interno”. Do mesmo modo, a busca por interlocução a partir de tais comportamentos assume características bastante diversas para cada um: em alguns casos são escondidos, e até negados, em outros buscam comunicar a qualquer custo experiências de dor que não encontram palavras. Nesse último caso, comportamentos de escarificação que são filmados, fotografados e expostos nas redes sociais tem chamado a atenção e causado grande desconforto em alguns adolescentes que participam do grupo, configurando uma tentativa desesperada de interlocução.

Nesse contexto, vale mencionar um episódio que fez emergir um intenso conflito grupal: um jovem do grupo, em grave sofrimento psíquico e em situação de crise familiar, postou em suas redes sociais imagens bastante fortes de cortes auto-infligidos. Esse episódio ocorreu alguns meses após a perda de uma integrante do grupo, por suicídio, em uma situação que será relatada mais adiante. Alguns integrantes estavam preocupados e em luto com o que havia acontecido, e um deles decidiu se manifestar diante do que viu na rede social:

Esses dias eu estou me sentindo muito nervoso com a internet. Meu Deus, que lugar tóxico! Eu odiei ver aquilo que você postou no seu status. Eu fiquei um pouco chateado. Se você soubesse o poder que aquelas imagens transmitem na vida das pessoas, como é horrível. Ver aquelas pessoas se cortando não faz bem nem pra mim, nem pra você, nem pra ninguém. Eu fico super pra baixo. É melhor procurar ajuda, e não cavar sua própria cova. Desde que ela se matou eu tô ficando tão bravo quando alguém fala em desistir da vida. Eu começo a ficar tão nervoso (choro intenso). Porque a pessoa não sabe qual o poder que ela vai causar na vida das outras pessoas. Eu fico tão nervoso. É acabar com todas as suas chances!

O choro é acompanhado por vários outros integrantes, enquanto o adolescente que postou as imagens deixa a sala. O jovem que fez o desabafo é acolhido por alguns membros do

grupo, e um terapeuta sai para acolher o menino que deixou a sala. Após alguns minutos de silêncio, com o retorno do adolescente que tinha saído e todos já presentes, inicia-se uma tentativa de elaboração dessas manifestações. Um adolescente fala: “É que dói demais pensar que uma pessoa daqui se foi”. O adolescente que fez o desabafo, chorando bastante, procura se explicar para o interlocutor afetado por suas palavras:

Eu fico mal porque a gente pode ajudar mais. Eu me sinto insuficiente. Todo dia eu penso em algo que eu poderia fazer de diferente para tentar ajudar as pessoas. Eu não quis falar isso porque eu estou bravo com você. É que a vida é difícil pra todo mundo, todo mundo sofre, algumas pessoas sofrem até mais, e você é uma pessoa que todo mundo aqui gosta. Você é uma energia que todo mundo gosta, você sempre abraça as pessoas quando elas choram, isso é ser uma pessoa boa. E você pode ser uma pessoa diferente, você tem sua essência.

Outra adolescente tenta ajudar a pensar em formas de expressão do sofrimento menos agressivas que os cortes, mas que permitam uma forma de “alívio” e “expressão de si mesmo”:

Eu também me cortava muito, mas procuro tentar descontar em outras coisas. Eu parei um pouco de me cortar quando eu comecei a me dedicar muito a dança. É onde coloco minha energia. Estou cheia de hematomas da dança. Eu continuo exagerando, mas ainda assim é melhor do que me cortar.

Em seguida, por outro ângulo, uma adolescente associa os cortes auto-infligidos aos sentimentos de inadequação social, que podem levar ao isolamento social e a uma vivência de mal-estar no ambiente familiar, no qual as experiências de identificação e orientação sexual pubertárias não são aceitas:

Às vezes, a falta de aceitação da família e da sociedade leva a isso, leva a gente a se cortar e tentar suicídio. A primeira coisa que ouvi da minha mãe, quando ela soube da minha orientação sexual, foi que eu era doente. Meus pais são pastores, eu sou a ovelha colorida da família. E isso é muito complicado! Eu não diria que a minha tentativa de suicídio foi somente por falta de aceitação, tem outros problemas também, claro! Não tem uma causa só... A gente é bem complexo. Mas o fato é que minha mãe está bem melhor comigo depois dessa tentativa, porque ela não quer que eu me mate. Eu ainda tenho muitas dúvidas sobre minha identidade, mas não tenho pressa.

Uma integrante do grupo a interrompe para acrescentar: “Eita, você não está sozinha! Sabe quem passa pela mesma coisa? Ele!”. Nesse momento, ela aponta para um integrante

bastante tímido, que quase não se comunica verbalmente no grupo, mas que tem muita frequência. A adolescente prossegue:

Parece muito estúpido isso que eu vou falar. Mas parece que tentar me matar me trouxe alguns benefícios. Minha mãe ficou muito mais tranquila com relação a questões da minha sexualidade. Minha família é muito conservadora, e eu adquiri um pouco mais de liberdade. Minha família também foi atendida no Caps.

A partir dessa fala, foi discutido o papel do grupo na prevenção de novas tentativas de suicídio, seguido pela provocação de um integrante: “Gente, como a gente pode ajudar pessoas que passam por sofrimento muito grande sem precisar de se cortar e de tentativas de suicídio?”. A pergunta é seguida por múltiplas falas e compartilhamentos: “as pessoas, quando passam por momentos difíceis, vem falar comigo. É impressionante!”; “Eu sou bem melhor em ajudar as pessoas do que em pedir ajuda”; “Eu também. Não gosto que as pessoas me vejam como coitada. A gente tem aquele medinho de ser interpretada como alguém que quer chamar a atenção e ser dramática. Aí a gente guarda pra gente e é pior”. A maior parte dos adolescentes se identificam como pessoas capazes de ouvir e de cuidar do sofrimento dos outros, mas incapazes de lidar com os próprios conflitos.

Os comportamentos de escarificação são ainda traduzidos por alguns adolescentes como “uma tentativa desesperada de se expressar”, de “expressar algo que não se sabe o que”, e de “poder ver na pele, de fora, a dor de dentro”. Essas associações vão sendo acrescidas de outras formas de expressão que buscam dar sentido à experiência de mal-estar vivenciada, com destaque às expressões artísticas não verbais: “A gente tem que buscar expressões artísticas para mostrar nossos sentimentos. Eu posto nas redes sociais muitos desenhos e maquiagens artísticas, e mostro essas coisas para minha psicóloga”. Outro jovem dá seguimento à ideia: “Para extravasar meus sentimentos e pedir ajuda, eu crio coreografias na dança. Eu tento me expressar de todas as formas possíveis, de todas as formas imaginárias. Quem vê, consegue captar sem eu ter que falar sobre isso”.

A escrita também comparece como forma de compartilhar vivências e dar sentido às experiências de sofrimento:

Eu prefiro escrever. Eu gosto de escrever funfics, e sempre mando para a minha prima. Funfics são histórias inventadas, fictícias, que tem um aplicativo específico. Minha professora de português adora ler as minhas histórias, tem muitos sentimentos ali. Dá pra entender muita coisa.

Com o passar do tempo e com o desenvolvimento das atividades no grupo, foi possível observar que na grupalidade os adolescentes encontram a oportunidade de buscar dar novos sentidos e formas de expressão cultural às experiências de mal-estar e de violência vivenciadas. Conforme elabora Le Breton (2010), não se sentir bem na própria pele implica em se reorganizar para vestir nova pele; nesse sentido, as identificações e elaborações grupais podem facilitar e promover esse processo.

Assim, se no isolamento da vivência de sofrimento esses sujeitos buscavam uma forma de ritualização íntima com os atos de escarificações para tentar aliviar e dar forma e corpo à dor interna, por meio de um dispositivo grupal existe a possibilidade de uma construção coletiva de sentidos e uma tentativa de encontrar novas possibilidades de expressão de si na cultura.

5.3 “O que eu estou fazendo com isso que está acontecendo aqui agora?” – Uma experiência de perda, luto e cuidado



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

Quando o grupo completava três anos de andamento, um acontecimento trágico marcou de modo profundo sua trajetória: uma adolescente de dezoito anos, que se identificava como mulher trans e era uma das lideranças do grupo, tanto por seu tempo de permanência mais longo, como pelo seu papel intrasferível de protagonismo e autenticidade, cometeu suicídio.

Esse fato trágico causou, de imediato, forte comoção nos integrantes do grupo e na equipe clínica, que se viu diante do urgente desafio de prevenir novas tentativas de suicídio e buscar garantir a proteção social de seus integrantes. Com a dinâmica e a velocidade da comunicação pelas redes sociais, e considerando a vulnerabilidade e o histórico de tentativas de suicídio de todos os integrantes do grupo, configurou-se a urgência de uma intervenção terapêutica imediata.

A preocupação com relação aos possíveis efeitos catastróficos no grupo apontou para a necessidade de auxílio de um terapeuta externo ao grupo para ajudar a planejar as atividades de elaboração do luto e prevenção ao suicídio logo após a cerimônia fúnebre, na qual grande parte dos integrantes do grupo estiveram presentes. Observou-se ainda a necessidade de promover atendimentos familiares emergenciais com o objetivo de acolher, sensibilizar e orientar os pais, ajudando-os a promover um apoio mais intenso e constante aos filhos. Para isso, foram disponibilizados horários flexíveis (“portas abertas”) aos adolescentes que quisessem ou precisassem de atendimentos individuais.

O objetivo, conforme elaborado por Roussillon (2006, 2010) acerca do meio maleável, consistia em tornar o dispositivo clínico o mais sensível, disponível e acessível para os integrantes, ainda que precisássemos efetuar modificações no seu enquadre para incluir novas formas de atendimento. Para tanto, foi realizado um encontro que denominamos “Oficina de Luto”, além de diversas outras intervenções sob medida, a depender da necessidade de cada adolescente e família, que buscaram conferir mais constância e presença no cuidado.

Na Oficina de Luto que se seguiu, foi lançada a questão: “Como foi para vocês perder uma integrante do grupo, para muitos, parceira e amiga, por suicídio?”. Os adolescentes estavam visivelmente muito comovidos, chorando, uns abraçados a outros. Muitas falas relacionadas à dor da perda, à saudade e à tristeza iniciaram o encontro, até que um adolescente, que tivera o último contato via telefone com a jovem que cometeu suicídio, disse:

Pra mim, mudou bastante meu modo de pensar porque eu estava pensando muito em suicídio. Toda a hora eu pensava em me matar. Quando eu recebi a notícia, eu senti essa dor, e eu penso, pô, se eu for embora, todo mundo que está ao redor vai sentir essa dor que estou sentindo agora. E eu não queria que todos sentissem essa dor. Isso me fez deixar isso pra lá.

A fala ecoou bastante e foi seguida por uma espécie de sentimento de culpa nas falas seguintes, como se o fato trágico pudesse ser atribuído à falta de cuidado de todos os que estavam ali. As modalidades de tratamento foram questionadas, seus propósitos, e o objetivo

de estar em grupo. Assim, outro adolescente que havia feito uma tentativa de suicídio há poucas semanas expressou seu sentimento:

Eu me pergunto que cuidado é esse que estamos tendo com a gente. Porque ela deixava bem claro, para quem quisesse ouvir, que não estava bem, que pensava em se matar. A gente vem aqui, se consulta, toma remédio, vem pro grupo. Ela só queria ser respeitada, e agora.... ta aí. Não sei se eu queria me matar, mas eu estava frustrado com muita coisa e queria dormir. Obviamente eu corri um risco... Aí fui internado. E o que eu vou fazer com isso? Fui a um psiquiatra, ele conversou cinco minutos comigo e me deu três remédios, mas e aí? O que eu vou fazer? Que bom que meus pais se importam, são ótimos pais, mas é tipo, o que a gente vai fazer com isso? O que eu estou fazendo com isso que está acontecendo aqui agora? Daqui a dois anos a gente vai esquecer disso.

Enquanto esse adolescente se expressava de modo cada vez mais emocionado, com uma fala em tom provocativo, porém muito sofrida, permeada por dúvidas, culpa e perplexidade, outro adolescente buscava tranquilizá-lo reforçando a importância da manutenção do coletivo unido:

Eu acho que o importante é a gente não se rebaixar, se deixar acabar. E agora? A gente vai ficar vivendo essa saudade dela, ficar o tempo todo se sentindo mal pelo que aconteceu e ficar vivendo com sentimento de culpa? Eu acho que o importante é a gente respeitar o que está acontecendo com a gente, como as suas próprias tentativas de suicídio. Você pode aprender com o que aconteceu e seguir em frente com isso.

Outra adolescente ressaltou a importância de ter um espaço em que os integrantes pudessem conversar sobre a perda, pois em diversos ambientes sociais esse assunto tende a ser evitado, deixando a experiência de sofrimento cada vez mais isolada, individualizada e menos compartilhada:

Quando eu chego da escola, bate aquela tristeza profunda, fica aquela solidão, não tem ninguém pra conversar. Eu me fechei pra todo mundo, comecei a namorar uma pessoa como eu, fria e sem sentimento, sem nada. Você pode estar ao redor de pessoas amigas que mesmo assim você não se sente bem ou acolhido para falar do fato. Fica muito difícil pra mim me abrir com qualquer pessoa sobre o que ocorreu.

Alguns integrantes, em especial os que haviam estabelecido uma relação mais próxima com a adolescente, verbalizavam o desejo que ela tinha em ser reconhecida, seguido da preocupação que seu nome pudesse ser apagado da sociedade. A adolescente havia passado os últimos anos de vida lutando para que seu nome fosse retificado para o nome feminino que ela

havia escolhido. Vários demonstraram o desejo de que ela pudesse ter sua memória respeitada e não ser esquecida: “Nós sempre vamos nos lembrar dela. Daqui a dois anos a gente vai lembrar dela com menos dor, mas com saudade”.

A ideia do cuidado que o grupo pode oferecer foi retomada a partir da pergunta: “O que eu preciso fazer para me cuidar mais e cuidar melhor desse coletivo? O que deixamos de fazer?”.

O mesmo adolescente que já havia questionado se nosso cuidado estava cumprindo sua função, provocou novamente: “Será que a gente está se cuidando de verdade, de fato? Será que isso que a gente está fazendo é estar se cuidando?”. Nesse momento, outro integrante interveio e o questionou: “Eu acho que o que você está perguntando é o que a gente faz quando a gente não vê uma alternativa?”.

A partir dessa indagação, foi proposto que o coletivo reconhecesse que cada um ali estava em luto, seguido da indagação: “E o que esse luto diz respeito ao que cada um precisa agora?”. O primeiro jovem a falar nesse momento foi quem, por último, havia se comunicado com a adolescente, tendo acompanhado, por meio das redes sociais, o processo desde a ingestão da medicação até o falecimento da jovem: “Sabe o que é? É que a gente se cobra demais pra fazer aquilo que não consegue. A gente queria salvar todo mundo”.

Outro integrante, em tom afável e acolhedor, ponderou:

Se você simplesmente se deixar acabar, você chegará a limites que não terão volta. É cuidando de si que se pode cuidar de outra pessoa. Antes de tudo você precisa de si, e não precisa se achar egoísta. Você precisa se cuidar. E você não precisa necessariamente pedir ajuda ou procurar pessoas. Você pode procurar objetos, símbolos, como uma concha, que você ouve e lembra de uma pessoa. Pode ser uma música, um filme, se comunicar com o gato...

Após o compartilhamento dos sentimentos em relação à perda da adolescente foi proposta uma vivência: uma planta do tipo *bonsai* foi levada junto a várias fitinhas coloridas. Cada um poderia escolher uma cor de fita e mentalizar um desejo. Assim foi a proposta: “O que desejamos para nós com base em tudo isso (o que foi falado pelos adolescentes) que ela nos

deixou?”. Foi realizado um rito, no qual foi colocada uma música e cada adolescente, ao seu tempo, amarrou sua fitinha-desejo à árvore, buscando uma forma de simbolizar a experiência de perda. Em seguida, os adolescentes pediram para escolher um lugar no jardim do Centro de Vivências, onde acontece o grupo, para replantar a árvore na terra.

O *bonsai* foi pensado como um amuleto de cuidado, uma necessidade de nutrição para manutenção da vida, que ficou representado em função da experiência de luto por meio das fitinhas coloridas que expressavam os desejos. Os integrantes se responsabilizaram pelo cuidado com o *bonsai*, que foi plantado e segue saudável e forte no jardim do centro de saúde, em local escolhido pelos adolescentes.



Fotos do arquivo pessoal. Na primeira imagem, o *bonsai* logo após a Oficina de Luto. Na segunda imagem, já plantado no jardim da unidade.

Ao final, com todos muito emocionados, foi feita uma roda, e foi colocada uma música para reflexão e fechamento do encontro. Durante e após a música, os integrantes começaram a cantar, um após o outro, e propuseram uma canção de reflexão e cuidado bastante emocionante.

5.4 “A comunidade é a família” – Do sofrimento individual à possibilidade de um laço social pelo grupo



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

Nos casos mais graves que chegam ao serviço, é frequente a preocupação da família em relação à situação de isolamento social de seus filhos. São casos de recusa escolar, pouca ou nenhuma participação em eventos sociais, precária interação familiar. Um adolescente que frequentou o grupo por mais de um ano chegou a relatar que a única atividade que o fazia sair de seu quarto era o Grupo da Diversidade. Muitos adolescentes relatam uma situação de extrema solidão e sofrimento silenciado, enfatizando a importância do grupo para o fortalecimento de laços afetivos e sociais:

Eu tava nesse grupo desde o ano passado, e tudo era muito confuso. Agora eu consigo fazer amizades com pessoas que já estavam no grupo, mas que antes eu não conseguia. Agora, todo mundo diz que eu estou me comunicando bem melhor. Eu não tive mais problemas como tentativas de suicídio. Eu estou estável, mas preciso continuar tomando a medicação por 1 ano.

Esse adolescente enfatiza que as mudanças positivas em sua condição emocional dizem respeito ao tempo de elaboração na família a respeito das suas escolhas sexuais não heteronormativas:

Uma coisa que me ajudou muito foi descobrir uma maneira de conversar com meus pais. Uma maneira que não fizesse eles se sentirem culpados, porque eles se sentem culpados de certa forma. Buscar uma forma tranquila de conversar umas coisas.... Não é uma coisa tipo “Owww!”. Não é o fim do mundo.

Outros adolescentes relatam que a convivência familiar é muito ruim, e o diálogo, praticamente nulo: “Sua situação é melhor que a minha...Eu nem tento conversar, de jeito nenhum...”. Outra adolescente, muito tímida e calada, se encoraja a contar sobre sua relação com seus pais:

O meu pai finge que me apoia. Uma hora está de boa comigo, em outro momento, ele coça a cabeça e não quer nem olhar na minha cara. Isso incomoda muito, mas já o incomodou mais. Ele me traz aqui porque ele quer me proteger da violência das pessoas, e ele não gosta de me ver triste. Mas ele está com muitas dificuldades. Minha irmã me aceitava, mas agora ela virou Testemunha de Jeová e não aceita mais. Minha mãe quer um psicólogo que não se aprofunde muito nesse tipo de coisa (sexualidade, orientação sexual).

As vivências de conflitos e violências no ambiente familiar reforçam o sentimento de inadequação em quase todos os ambientes sociais, levando a uma experiência de sofrimento bastante solitária: “minha mãe está mais disponível para me apoiar, mas meu pai não tem jeito. É tão desconfortável pra mim estar na escola e estar em casa. Não estou bem em lugar nenhum”.

Não raramente, ocorre o relato de algum adolescente a respeito do processo familiar transcorrido entre a irrupção do conflito (em geral, momento em que os pais ou algum deles “descobre” algo a respeito da orientação sexual e/ou identidade de gênero do/a filho/a) e o momento atual. Podemos constatar, por meio desses relatos, a gravidade das violências físicas e verbais a que esses adolescentes são submetidos, por vezes, em razão, ou sob a justificativa de componentes culturais, de ordem moral e/ou religiosa que propagam uma compreensão permeada por “preconceitos”, “estigmas”, e “exclusão social”, para usar os termos trazidos por eles. Ainda nesse sentido, não é incomum os relatos sobre as “tentativas de cura” no âmbito da

religião compartilhada pela família, que vão desde um aconselhamento com a liderança religiosa até processos como desobsessão, exorcização, dentre outros.

As situações de conflito familiar vão sendo descritas como se tivessem chegado a um momento crítico, sendo esse momento o período da adolescência, com os impasses relacionados às identificações sexuais e escolhas objetais: “Quando eu era menor eu era muito grudado no meu pai. Eu gostava de fazer as coisas que meu pai fazia, jogar futebol, etc. Eu era como ele. Agora ele não me aceita mais, não temos uma boa relação”.

A partir dessa fala, outro integrante identifica algumas semelhanças em suas relações familiares:

passei a ter dificuldade com as minhas duas famílias (a biológica e a adotiva). A família adotiva é do interior, eles são bem antigos, tudo é “na minha época”.... Então é difícil conversar, eu ficava só no meu quarto. Mas quando vim para Brasília, foi ruim também, porque sofri muita alienação parental, que eles colocavam na minha cabeça contra minha mãe biológica. Foi assim na minha história: eu fui dado para adoção, tudo bem, mas quando eu me descobri lésbica, e entrei em depressão aos 13 anos, e me assumi para os meus pais adotivos, eles me mandaram morar com minha mãe biológica. Minha vinda pra cá foi muito difícil, porque tive que deixar meus amigos. Eu fiquei longe da minha mãe a vida inteira. Ela ia me visitar no início, mas eles (família adotiva) fizeram muita alienação parental com ela.

Essas vivências de episódios de violência familiar e comunitária, incluindo as experiências de exclusão do ambiente escolar, embora de forte impacto psíquico, não são vistas como estranhas aos integrantes do grupo, que compartilhavam de experiências semelhantes. Na medida em que novos integrantes passavam a frequentar o grupo, adolescentes mais antigos e habituados à dinâmica grupal se ocupavam em promover o acolhimento, a escuta cuidadosa, o compartilhamento das experiências dolorosas e o apoio na forma do que denominam comunidade. Uma fala comum diante da recorrente temática do sofrimento familiar e de um eventual rompimento de relações, ao menos como vivenciado no momento, com uma das figuras parentais em razão de conflitos de ordem moral e religiosa *versus* sexualidade e gênero era “se não tem a família, a comunidade é a família”. Diante de um forte sentimento de exclusão social, o sentimento de pertencimento à uma comunidade era algo que trazia novas

possibilidades de convívio em sociedade para esses adolescentes, por vezes isolados da família, da escola e de todas as atividades do meio social.

Pode-se citar como temáticas recorrentes dos encontros: conflitos familiares; violências físicas, psicológicas e sexuais vivenciadas; orientação sexual e identidade de gênero; relacionamentos afetivos e sexuais; dificuldades escolares. Ao final deste encontro, cada adolescente disse uma palavra que pudesse representar o que o grupo significava para si; dentre as quais destacam-se “casa”, “segurança”, “identificação”, “respeito”, “acolhimento”, “conforto”.

Os grupos são capazes de promover inúmeros benefícios, pois, por meio deles, se dá a transmissão e o remanejamento do ideal, do referencial identificatório, dos mecanismos defensivos, dentre outros. Esses exemplos ilustram a função do grupo em fornecer uma marca identificatória, que faz com que seus membros se percebam como sujeitos do grupo (Kaës, 2011). Para Freud, (1921/2016) “a identificação é a forma mais original de ligação emocional com um objeto” (p.103), e o grupo tem a potencialidade de fazer emergir tais processos a partir da percepção de algo em comum que é ali partilhado. O sentimento de pertinência identitária que o grupo propicia auxilia na experiência de se perceber como “sujeito desejante” (p. 281) na medida em que apazigua angústias de não ter um lugar no desejo do outro (Kaës, 2011).

Nesse sentido, o grupo é capaz de abrir novos caminhos ao permitir mudanças de pensamentos, estabelecer novas conexões em um espaço compartilhado de representações e experimentações afetivas. Na situação descrita acima, é possível ainda assegurar outra importante função do grupo: constituir um sistema de proteção e defesa contra ataques do mundo externo (Kaës, 2000). Quando se trata de populações vulneráveis, essas funções do grupo são ainda mais importantes e necessárias, tendo em vista os processos de exclusão social que contribuem para o enfraquecimento do sentimento de pertencer a uma comunidade.

Dessa forma, como uma experiência de grupo terapêutico que se desenvolve há mais de quatro anos, propostas e processos coletivos foram adquirindo novos relevos ao longo dos diversos momentos vivenciados em conjunto: desde momentos mais focados nas experiências singulares, porém compartilhadas, de conflitos familiares e sentimentos de inadequação e isolamento social até momentos de construção coletiva e protagonismo social de seus integrantes.

5.5. “Eu acho a escola muito despreparada para tratar de temas de saúde mental!” – Sentimentos de inadequação no ambiente escolar e busca por protagonismo



Créditos: Foto por Tony Winston/Agência Brasília. Reportagem jornalística da Agência Brasília.

As vivências escolares constituem tema recorrente nos encontros do grupo. São inúmeras as situações nas quais os adolescentes relatam sentimentos de inadequação e sofrimento nesse ambiente, podendo levar à recusa escolar. Uma queixa frequente diz respeito à inabilidade do sistema escolar em manejar problemas relacionados à saúde mental dos alunos:

Eu acho a escola muito despreparada para tratar de temas de saúde mental! Eles estão vendo que a pessoa está se deteriorando... Algumas escolas até mandam os alunos pra cá, mas, por exemplo, quem tem depressão e começa a não ir pra escola, e ao invés de tentar ajudar, os professores ficam no pescoço, fazendo pressão, tipo você tem que voltar, você tem que conseguir fazer as coisas direito.

Da mesma forma, alguns adolescentes relatam que sofrem preconceito por fazer tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. Queixam-se ainda da falta de compreensão por parte do corpo docente a respeito dos tratamentos em saúde mental e da indisponibilidade da escola em buscar formas alternativas de adaptação para alunos que não conseguem se inserir nas atividades regulares:

Lá na minha escola ocorreu uma situação com a professora. A professora, após alguns dias que eu estava internada por uma tentativa de suicídio, porque eu precisei ficar internada... Ela chegou e na sala, quando eu fui pegar o meu dever, ela perguntou: por que você tomou aquele tanto de remédio? O que aconteceu? Eu respondi: não, nada, eu não quero falar. Mas ela expôs pra todo mundo que eu queria me matar. Ainda disse que era falta de Deus.

Após essa fala, houve grande repercussão sobre discursos de ódio na escola e interferência religiosa no ensino. O ambiente escolar é muitas vezes descrito como um lugar de repetição e propagação de violências sociais:

Na minha escola tem muito discurso racista, anti-cotas, machista, etc. Eu fico pensando, normalmente eu só fico calado pra não dar corda neles. Eles estavam defendendo outro dia a polícia e o Estado no caso do assassinato de mais de 80 tiros (referência ao episódio de violência de Estado ocorrido em 07.04.2019 no Rio de Janeiro). Mas eu acho que a gente devia tentar conversar, porque eles só repetem merdas, tem argumentos nada a ver.

Outro adolescente, concordando com a fala anterior, acrescenta: “Essas pessoas só sabem falar sobre a micro vivências delas. Conversam como se as mulheres quiserem abortar à vontade, os negros quisessem passar na frente dos brancos nas cotas e os gays quisessem mais direitos que os outros”.

São bastante comuns no grupo os casos de atraso escolar, vivências de agressões físicas e verbais, e desrespeito à condição de diversidades sexual e de gênero nas escolas. Tais situações causam desmotivação, constrangimento, medo, e podem levar à recusa escolar.

Nesse cenário, a utilização do nome social por parte da escola é tema bastante relevante, pois sua não utilização pode gerar um constrangimento muito grande para adolescentes que estão em transição de gênero. Uma adolescente negra e trans do grupo relatou a intervenção na escola que precisou ser realizada com um professor específico que se recusava a chamá-la pelo nome social, fazendo ainda chacotas e piadas racistas e transfóbicas. A intervenção institucional ocasionou a diminuição da violência, permitindo a permanência da aluna na escola.

O relato dessa adolescente é seguido por outras vivências de violências na escola relacionadas à utilização do nome social: “É muito difícil ir (à escola). Lá a gente não é respeitado pelo nome social”. Outras integrantes acrescentam: “Às vezes a escola aceita de boa, mas não muda no sistema. Então, vira e mexe, eles erram e me chamam pelo nome que está no sistema. Aí é o maior constrangimento”; “Na minha escola é dividido, a maioria respeita, mas alguns professores mais antigos ainda se confundem e me chamam pelo nome que me conheceram, pois eu estou lá há muito tempo”; “... tem algumas escolas que só aceitam o nome social se mudar na identidade!”.

Um integrante decide compartilhar uma estratégia que funcionou bem em seu caso:

Eu escrevi uma carta aberta e entreguei ao diretor da escola. Pedi para que fosse distribuído a todos os professores da escola. Se você conseguir que seu responsável vá até a escola e peça para que o nome social seja respeitado, melhor.

Em seguida, uma adolescente tem muita passabilidade³, e sentia muito constrangimento quando a chamavam seu nome de registro civil, conta sua história:

Meu pai teve que ir à escola. Te tanto errarem meu nome, meu pai teve que ir à escola, gente, eu sentei, chorei, fiz um escândalo... Passou uma semana e mudaram meu nome em todas as chamadas... puxa, precisava de eu fazer esse show todo para mudarem meu nome? Demorou um semestre inteiro. Literalmente, na primeira semana do ano, eu e meu pai já estávamos pedindo para alterar o nome.

³ Passabilidade: O termo é usado para se referir ao quanto um homem ou uma mulher trans "passam por" um homem ou mulher cisgênero. Cisgêneros (cis) são pessoas cujo gênero é o mesmo do designado em seu nascimento.

Os integrantes ressaltam ainda a importância de não desistir da escola, reforçando que é preciso “abrir as portas” para que as próximas pessoas na mesma situação possam ter seus direitos garantidos. O papel de cada um em levar a discussão e promover ações educativas de sensibilização para a temática no ambiente escolar é bastante discutido: “Depois que eu entrei nessa escola, minha turma começou a ficar muito ligada nessas coisas. Não deixam passar nada... Os alunos ficaram bem mais críticos”.

Sabe-se que escola ocupa um lugar central no desenvolvimento cognitivo, social e afetivo de crianças e adolescentes. Portanto, o manejo dos conflitos escolares e a importância do trabalho intersetorial entre os serviços de saúde mental e educação podem prevenir a evasão, bem como garantir a permanência dos jovens no ambiente escolar. Na população que é público-alvo do Grupo da Diversidade, esse trabalho em rede torna-se ainda mais fundamental, já que se trata de pessoas em situação de violência e vulnerabilidade, mais propensas, portanto, a terem seus direitos à educação violados.

5.6. “A gente precisa de doutores travestis e de professores trans” – A grupalidade em contextos de discriminação e exclusão social



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

O acolhimento a pessoas em sofrimento que chegam ao espaço grupal é uma preocupação dos participantes e uma característica marcante do coletivo. Nos encontros nos quais um novo integrante comparece, é comum que os antigos façam as boas vindas e perguntem como a pessoa está e como ela chegou até ali. Assim um novo integrante se apresentou:

Olá. Eu estava com uns problemas e vim aqui buscar ajuda. Me encaminharam para um hospital, para um programa que atende vítimas de violência sexual, mas eu achei melhor vir pra cá. É difícil entender tudo o que se passa dentro de mim, é difícil separar as coisas e explicar. Só eu que sei... é meu primeiro encontro no grupo.

Logo em seguida, um membro mais antigo no grupo busca tranquilizá-lo: “eu te entendo! O mesmo acontece comigo”. Outra integrante, bastante tímida e calada, se encoraja e fala logo no início do encontro: “vir para o grupo ajuda a gente a falar e ajuda com a timidez.

Sempre que alguém que eu não conheço vem falar comigo, meu coração dispara, eu fico muito nervosa. Isso tem melhorado um pouco”.

Assim inicia-se uma conversa sobre as dificuldades e as habilidades de cada um, motivada por um desenho que um dos integrantes fazia enquanto participava do debate. “Eu canto e toco”; “eu só canto”; “eu toco violino”; “eu também desenho”. Como é frequente a participação de alguns adolescentes em outros espaços sociais, cria-se nesse momento uma comissão cultural para a festa da unidade de saúde. Uma adolescente que faz teatro propõe apresentar um esquete no dia da festa; outro jovem diz que pretende tocar e cantar; outro deseja criar uma oficina de maquiagem.

Os interesses comuns compartilhados pelos membros fazem com que ocorra o surgimento de “mini grupos” dentro do grupo, com objetivos diversos, como a criação de coreografias de dança, esquetes teatrais, apresentações musicais, dentre outras atividades comunitárias que extrapolam o *setting* grupal. Esses objetos culturais servem como instrumentos da simbolização e acesso ao simbólico (Birraux, 2012), fornecendo elementos que contribuem para a elaboração de sentidos da própria existência, podendo se constituir como uma ferramenta coletiva que promova laço social.

Outra característica bastante forte do grupo é o sentimento compartilhado de ser um “agente de cuidado”, como na fala de um adolescente: “se eu fui acolhido e encontrei um espaço, posso ajudar outras pessoas que estão sozinhas como eu estava”. Às vezes a identificação dos jovens em sofrimento é feita no ambiente escolar, e o convite é realizado. Entretanto, pode ser difícil para o adolescente explicar para sua família seu incômodo e sua vontade de participar do grupo, como nesse caso:

Eu sou não binário e comecei a usar esse nome social na internet. Eu fui me identificando mais com esse nome, mas não quero contar nada pra minha mãe ainda. Ela descobriu numa consulta que eu estava frequentando o Grupo da Diversidade, e não entendeu o porquê. Aí eu precisei contar pra ela. Ela chorou muito e disse que não se sente confortável em ter uma filha homossexual, mas que vai me amar de qualquer jeito.

Eu achava que ela já sabia. Eu acho que ela está processando, ela não fala sobre isso diretamente comigo, ela só chorou muito na consulta mesmo.

Os integrantes vão ressaltando assim a função do grupo na elaboração dos conflitos da adolescência e dos impasses familiares decorrentes, bem como a potência de cada um em identificar o sofrimento em outras pessoas que podem estar solitárias e poder atuar como multiplicador: “A gente tem um papel muito importante a fazer... Quando a gente sai daqui a gente tem muito a fazer. Somos estrelas”.

Outra função importante que é atribuída ao grupo pelos próprios adolescentes diz respeito ao acesso aos direitos fundamentais, bem como as medidas que devem ser tomadas no caso de violações desses direitos. Assim, a questão das vulnerabilidades institucionais, do preconceito e estigma social nos equipamentos públicos são problematizadas com frequência nos encontros:

Teve um relato de um médico que se recusou a atender uma adolescente homossexual na especialidade da ginecologia em razão da aparência dela. Ele a encaminhou ao Caps, não sei se por conta da tatuagem ou do cabelo colorido. No CAPS não tem ginecologia! Existe um despreparo muito grande das equipes que estão na atenção básica.

Em meio a falas indignadas, outro adolescente acrescenta: “Eles acham que se travesti tem dor de garganta ou pressão alta, tem que encaminhar pro serviço especializado em população trans, para o Ambulatório Trans”.

Outra adolescente, logo na sequência, concorda: “Mulheres lésbicas tem as mesmas demandas ginecológicas. Nesse campo, a saúde está engatinhando e as escolas também”. A opinião é acompanhada por outro integrante: “Tem professor que encaminha o aluno para o centro de saúde porque ele precisa de tratamento por estar afeminado demais”.

Em meio a vários relatos indignados de experiência pessoal nos atendimentos no âmbito da saúde e da educação, uma adolescente pediu a palavra e se expressou de forma contundente:

Eu acho que a gente tem que combater a causa, e não o efeito. Combater isso na cultura, a gente vê televisão desde criança, e não se trata disso. Quando se trata é estereotipado. É caricato, a travesti ou transexual é sempre uma pessoa muito grande, promíscua. Poderiam colocar o transexual numa empresa, e não na rua, na prostituição.

Assim, a questão da representatividade de pessoas diversas ao padrão cisheteronormativo vai tomando um lugar central no debate:

A gente precisa de doutores travestis e de professores trans. Por que os gays trabalham como cabelereiros e maquiadores? A travesti não pode ir pra faculdade porque ela não será bem tratada naquele ambiente. E se ela conseguir se formar, talvez, ela não seja aceita em algum espaço de trabalho elevado, como outras pessoas tem acesso. É como se tudo que a gente vivesse fosse mimimi. É como se tudo fosse vitimismo. Mas é uma coisa muito séria você chegar num hospital com a perna quebrada e ser maltratado.

Vários adolescentes passaram então a compartilhar seus planos profissionais, dando ênfase à visibilidade das diversidades sexual e de gênero e à importância de serem reconhecidos e respeitados no ambiente de trabalho:

Quero fazer 3 faculdades para não causar em um lugar só. Para mostrar que você existe naquele lugar, e que não tem que se esconder. Tem LGBT em todos os lugares, então vamos aparecer sim. Por isso essa história do orgulho.

Os integrantes, nesse momento, reportaram-se a fatos históricos importantes para a luta política de pessoas LGBTIs. Alguns selecionaram e contaram histórias de personagens emblemáticas para o fortalecimento dos movimentos sociais ligados a temática. Um adolescente assim elaborou sua opinião:

O que falta na nossa cultura, e principalmente aqui no Brasil, é o conhecimento. Se você se sentar em frente ao seu computador você vai ver que o racismo não é uma coisa rara de acontecer. Eu não diria que heterofobia e racismo inverso existem. Tem que pesquisar sobre a nossa história. Esses dias eu postei um monte de fotos incríveis da década de 70, de pessoas negras cercado uma delegacia de um policial que se confundiu e matou um negro. Isso não é acidente, e não é uma coisa rara. Eu vi uma frase esses dias que diz assim: se a gente não aprende com a história, a gente está condenado a repeti-la.

Um integrante do grupo pede para ver as fotos postadas a que ele se referia. Outros membros compartilham fotos semelhantes, explicando o contexto social no qual foram tiradas. Fotos artísticas e políticas são compartilhadas e problematizadas, com destaque para uma delas que continha a legenda “se isso não é uma aula de sociologia, então eu não sei o que é”. Essa foto mostra uma pessoa vestida com a camisa de futebol do Brasil agredindo uma travesti enquanto policiais somente observavam a cena.

As situações de violações de direitos básicos que haviam sido discutidas abriram espaço para uma outra situação-problema: a vivência de preconceito no próprio centro de saúde no qual o grupo acontece. Algumas situações incômodas foram relatadas e amplamente discutidas, e ficou decidido pelo grupo o que seria feito para enfrentar a situação: foi realizada uma proposta coletiva de intervenção institucional com os servidores da unidade para falar sobre a temática na reunião de equipe; além de levar a situação específica para conhecimento e providências da gerência do centro de saúde.

Rosa, Vicentin e Catroli (2009), ao abordar aspectos clínico-políticos da população marginalizada e excluída na realidade social brasileira, elaboram que “o processo de despolitização, de esvaziamento do espaço público da modernidade, acompanha a progressiva familiarização do privado que desfavoreceu as sociabilidades públicas e a amizade” (p.60). Nesse sentido, apontam para a necessidade de caracterizar uma práxis pelo resgate da experiência compartilhada do mundo, no qual processos coletivos e a reabilitação do espaço público possam tornar possível a construção de projetos comuns.

Esses são alguns exemplos que ilustram a potencialidade do grupo terapêutico no fortalecimento de laços sociais de adolescentes, no manejo de situações conflitivas comuns a todos, na proposição de ações coletivas nos campos terapêuticos, educacionais e formativos, bem como na criação de uma rede de apoio emocional a pessoas em sofrimento psíquico marcado por múltiplas violações de direitos. Tais ações possibilitam uma experiência social e cultural inovadora, a partir da construção de projetos e utopias comuns aos integrantes do dispositivo grupal.

5.7. “Todo mundo tem um tempo para compreender” – A importância do acolhimento à família



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

O acolhimento e os atendimentos aos familiares são fundamentais na construção dos projetos terapêuticos de cada adolescente que chega ao serviço. Em muitos casos, é comum que os próprios adolescentes requisitem mais atendimentos à família, na expectativa de um melhor entendimento por parte dos pais acerca do processo pelo qual estão passando, e uma consequente diminuição de conflitos domésticos.

Dessa forma uma adolescente do grupo relata a melhora na sua relação com a mãe, que tem buscado uma maior compreensão acerca dos conflitos da filha:

Com minha mãe estava bem difícil a compreensão, mas depois dos atendimentos familiares, eles (pai e mãe) buscam conversar e entender melhor. Eles tinham muita dificuldade de me chamar pelo pronome certo (o feminino). Primeiro, minha mãe vem para os atendimentos, depois ela conversa com meu pai. Eles me viam triste. No dia do meu aniversário, minha mãe pediu: vamos começar a falar ela, porque eu vejo que isso deixa ela feliz.

Outro integrante conta sua situação familiar e sugere que a equipe inicie o contato familiar por meio de sua mãe: “Eu entrei aqui por causa da depressão. Sou atendido pela psiquiatra e pela psicóloga. Meu pai quase não vem pra cá. Mas acho que poderia ser muito bom conversar com a minha mãe primeiro”.

Um adolescente, enquanto desenha, conta como são as coisas em sua família de uma maneira bem humorada:

Na minha casa está tranquilo, meus pais estão de boa. Tem os problemas dos religiosos x dos não religiosos, dos esquerdas x os de direita. Esses conflitos básicos do Brasil de agora... Mas é normal, né? Eu acho que eu tenho o privilégio de ter uma família que me aceitou numa boa.

A importância de dar um tempo de elaboração para família compreender o que se passa com os filhos é um aspecto bastante enfatizado no grupo, já que os processos pelos quais esses adolescentes passam são bastante complexos: “Todo mundo tem um tempo para compreender. Tem que dar o tempo. Minha mãe me chamou de *minha filho*. Ela errava sem querer”.

Outro adolescente concorda, destacando que o tempo de elaboração é necessário não só para a família, mas também para os próprios adolescentes: “Há um tempo atrás, minha ansiedade para começar o tratamento hormonal era enorme. Hoje eu penso diferente, e não tenho interesse na testosterona. Não quero mudar minha voz”. Outro integrante opina sobre a importância de elaborar o que se deseja com o tratamento hormonal: “Até porque só vai mudar externamente (o tratamento hormonal). Só adianta se você se sentir mais confortável. Mas você vai continuar o mesmo por dentro. Tem que buscar se entender”.

Os conflitos entre as expectativas que os pais constroem para os filhos, e a dificuldade que cada um tem em desapontá-los também é questão frequente, como explica esse adolescente:

Não faz sentido você viver para superar a expectativa dos nossos pais. Nós somos outros seres humanos. Minha mãe diz que quer as filhas formadas porque ela não fez faculdade. Mas eu não quero fazer faculdade, e toda vez é a mesma história!.

Outra integrante, concordando, acrescenta: “A gente lida com uma culpa por desapontar as expectativas da família, mas isso é um problema mais deles do que seu. Eles que tem que lidar com as frustrações deles. Terapia neles”.

Nesse momento, vários integrantes opinam ao mesmo tempo. Um deles pondera:

É bom a gente ter como objetivo os pais se cuidarem. Quando eu vim pra consulta, eu, minha mãe e a psicóloga, eu sentei no banco e não consegui falar nada, enquanto minha mãe contava a vida dela inteira. Aí chegamos à conclusão que minha mãe precisa de uma psicóloga. Aí eu falei pra ela: Como você quer que eu cuide de mim quando você está mais preocupada em cuidar de mim do que de você? Aí eu tenho que me preocupar em cuidar de você, a gente não se cuida e todo mundo fica louco. Os pais tem que se cuidar também, porque tipo, independente deles terem a gente pra cuidar, eles tem a vida deles também. Entender que eles não vivem só pra gente e a gente não vive só pra eles.

Mesmo concordando com a fala anterior, outro integrante rebate: “E entender também que os pais, às vezes, não aceitam a terapia. Meu pai tem mais de 50 anos e não aceita. Minha mãe o obrigou e ele ficou com uma cara horrível e não voltou”.

Nesse momento, após uma acalorada discussão, um adolescente sugere que o convite pode ser feito na forma inversa: chama-se os pais, não porque *eles* precisem de terapia, mas porque *nós* precisamos e queremos conversar com eles. Nessa ocasião pode-se trabalhar o sentimento de culpa relacionado aos sintomas e à orientação/ identidade sexual de seus filhos.

Nessa perspectiva da importância dos atendimentos aos pais, um adolescente decide contar como está sua situação em família:

Aconteceu uma coisa muito séria na minha casa. O meu padrasto, que é o capeta em pessoa, chegou na situação de bater na minha mãe. Eu, muito puto, fui lá e bati nele. Depois de alguns dias minha mãe se separou dele. Aí passaram alguns dias e ele só bebendo e seguindo a gente, gritando minha mãe. Minha mãe precisou pedir medida protetiva. Ele começou a falar um monte de merda pra mim e eu gravei tudo. Vou guardar pra audiência. Na outra vez que ele bateu nela, antes, ele foi preso.

Depois dessa fala, outros integrantes compartilharam situações de violência doméstica que já vivenciaram. Uma adolescente contou sobre sua vivência e indicou os centros de referência que acolhem essa demanda, bem como outros projetos que ela já conhecia e pensava que poderiam ser úteis nessa situação. A conversa acaba por encorajar outra menina, nova no

grupo, a contar sua história: “Eu acho que nunca contei minha história no grupo. Alguém me ajuda a contar.... eu estou desesperada, com dificuldade de contar minha história”.

Nesse momento um integrante pega um copo de água e oferece a ela, enquanto outro diz que a história não precisa ser contada de modo linear, e que ela poderia começar a contar de qualquer jeito que eles iriam ajudá-la. Assim ela tenta resumir:

Então, eu saí de casa. Mas não saí por livre e espontânea vontade, eu fui expulsa. Então assim... Eu fui expulsa em fevereiro deste ano pelo meu pai e pela minha madrasta. Meu pai não, meu progenitor. Eu vim pra cá encaminhada pelo Conselho Tutelar. Eles não queriam buscar tratamento, eles foram obrigados. Eu fui expulsa em um mês e voltei no outro, porque eu não tinha a menor condição de me sustentar. Quando eu voltei, eu dei uma surtada, no sentido de chorar, ficar ansiosa, me cortar. Toda vez que meu pai chegava perto do meu quarto eu achava que ele ia me agredir, era muito péssimo. Quando ele me expulsou de casa, eu me excedi, tentei me enforcar. Eu já tenho uma história séria de deprê. Então voltar pra lá foi bem traumático. (enquanto a adolescente conta sua história e chora muito, é apoiada pela amiga que está sentada ao seu lado). Aí eu tenho uma amiga que disse que na casa dela teria um espacinho pra mim, e a mãe dela me acolheu. Aí eu estou lá há um mês.

Em seguida a esse relato, outra integrante conta uma situação muito semelhante, pois havia ficado fora de casa por seis meses, na casa de uma amiga em que se sentia acolhida. Nesse momento, ela também conta como e porque voltou, a partir de intervenções familiares institucionais junto ao Conselho Tutelar. Ela resume: “Eu também fui ao Conselho Tutelar, discuti com vários conselheiros. Tive que voltar pra casa, mas foi um todo um processo”.

A partir desses relatos, pode-se notar a seriedade dos conflitos familiares e a gravidade das situações de violência a que são submetidos esses adolescentes. Essas situações, muitas vezes, são agravadas por conflitos morais e religiosos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero de adolescentes. Como proposta terapêutica nos atendimentos familiares, a equipe interdisciplinar busca efetuar um deslocamento da demanda, quando ela se apresenta na forma de imposições e exigências de ordem moral ou religiosa, para uma questão de saúde mental, tanto do jovem quanto de seu núcleo familiar, buscando possibilidades de vinculações familiares mais acolhedoras e funcionais.

Assim, o sofrimento psíquico em casos agravados de saúde mental, como tentativas de suicídio, escarificações e violências no ambiente familiar, torna-se o norteador do esforço terapêutico, ao invés de questões doutrinárias, moralistas ou religiosas. Assim, essa complexa situação demanda projetos terapêuticos singulares que incluam toda a família e/ou a rede de apoio, com vistas à proteção social, à diminuição do sofrimento psíquico, e a minimização dos riscos de atos autoagressivos, como as tentativas de suicídio e as escarificações.

5.8. “Qual é a minha potência aqui dentro?” – Funções no grupo e do grupo



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

A característica do grupo como um dispositivo aberto faz com que alguns integrantes permaneçam por muito tempo no grupo, enquanto outros, por diversas razões decidem ou precisam sair. Essa rotatividade, ao mesmo tempo que traz novidades e dinamicidade aos encontros, também é um fator mobilizador de angústias, sentimentos de nostalgia e

questionamentos a respeito das funções que cada um passa a assumir na trajetória do grupo.

Assim um adolescente expôs seu incômodo:

Às vezes eu olho para pessoas muito mais novas que chegam aqui e penso: qual é a minha potência aqui dentro? Às vezes eu me sinto não preparado. É difícil sustentar esse rolê de ser o mais velho ficar puxando, ajudando as pessoas. Eu quero ocupar outros lugares. Eu estou nesse espaço faz muito tempo, e a gente vai ocupando lugares nesse processo, assumindo funções. Eu já vi muita gente passar por aqui.

Enquanto esse adolescente expressava sua preocupação e incômodo em relação à função de responsabilidade que vinha assumindo no grupo, outras pessoas logo se propuseram a apoiá-lo: “Eu mesma te entendo, é muita responsabilidade, nem sempre a gente está disposto a tanto”.

Outra integrante se apressou em fazer um contraponto para enfatizar o modo como o dispositivo do grupo funcionava para ela, e os benefícios que ela sentia em apenas ouvir e não se sentir impelida a intervir:

Eu sempre gosto muito de vir, para sentir que não estou sozinha. Mesmo quando eu não digo nada que me aflige, me faz bem ouvir. É como se ouvir me fizesse muito melhor que falar, e é por isso que eu saio daqui bem melhor do que quando eu entro.

Quando algum integrante precisa sair, às vezes por razões escolares, às vezes porque já completou a maioria e foi encaminhado a outro serviço, ocorre uma mobilização no grupo, que precisa lidar com a perda de um membro. Foi o que aconteceu com um adolescente, que fez uma rápida e intensa vinculação com o grupo, mas precisou se mudar de país. Foi realizada uma despedida bastante comovida para esse adolescente no grupo, e após sua ida muitos integrantes mantiveram o contato com ele por meio das redes sociais. Nas férias, quando está em Brasília, ele comparece ao grupo para “matar as saudades”, e aproveita para compartilhar sua história com pessoas novas que ainda não o conhecem:

Meu pai trabalha na Embaixada e foi removido para um país oficialmente muçulmano. Nos primeiros anos não estava me adaptando e decidi voltar ao Brasil. Foi aí que descobrimos esse serviço e eu entrei no grupo, logo no início. Eu voltei pra cá nesse ano, quando eu descobri o grupo, para dar uma relaxada, pois lá no outro país acaba tendo uma mentalidade fechada. Apesar de ser um país cheio de turistas, é muito difícil ser LGBT lá. Lá não existe homossexualismo, não é humano, se Alá não criou não existe; não é nem hostil, é mais ignorância, ignorar o que se passa. Eu tive muita sorte

de ter uma família muito aberta. O mais importante é tentar entender, não é aceitar imediatamente.

A saída desse adolescente do grupo, e de alguns outros, levou a um sentimento de angústia por parte de alguns integrantes que permaneceram, e expressaram dificuldades em “se identificar” com o grupo em movimento e com as novas configurações que esse estava assumindo: “Eu me sinto um pouco angustiado e desconfortável aqui agora, porque eu me acostumei demais com as pessoas antigas, e várias foram embora”. Alguns colegas concordam e relembram histórias do grupo; outro acrescenta: “é verdade, essa rotatividade incomoda”.

Alguns integrantes relataram o sentimento de saudade em relação ao “grupo de antes”. Esse sentimento de saudosismo foi associado por alguns adolescentes a um “desejo e dever de acolher bem os novos integrantes”, demonstrando uma espécie de responsabilidade e compromisso com o coletivo por ser um “membro antigo”.

De fato, pela dinâmica e metodologia do grupo, em quase todos os encontros chegam pessoas novas. Esses jovens vem encaminhados de diversas formas: às vezes já estão inseridos no serviço por outras questões e quando relatam conflitos relacionados à sexualidade e gênero são encaminhados pelos profissionais, às vezes são convidados pelos próprios integrantes do grupo, que identificam o público alvo em situação de risco e vulnerabilidade e se comprometem a trazê-los, em outros casos são encaminhados por instituições que já conhecem o trabalho, tais como escolas, Conselhos Tutelares, Ministério Público ou equipamentos da assistência social. Não é raro que algum adolescente já em atendimento há muito tempo na unidade seja encaminhado ao grupo após uma reavaliação de seu plano terapêutico, como nesse caso:

Eu vim pra cá porque minha psicóloga (da própria unidade) indicou. Eu já tinha atendimento aqui, mas em outro programa. Então assim, eu acho que eu venho mais ao grupo por causa da minha família. Agora eu mudei de casa, e tem mais uma pessoa morando com a gente. Essa pessoa é minha mãe, eu nunca havia morado com ela. E agora eu preciso abrir a cabeça dela. Ela me ignora. E toda hora é isso, eu enchendo o saco dela e ela brigando. Mas eu vou continuar enchendo o saco. Ela alega que não tem tempo para vir aqui, minhas duas tias já vieram e tiveram atendimento.

Nesse caso, a adolescente já era atendida pela equipe biopsicossocial do serviço, mas em outro programa, com outras demandas específicas. No momento em que compareceram conflitos familiares importantes relacionados à sua orientação sexual, a equipe reavaliou o plano terapêutico singular e optou por encaminhá-la ao Grupo da Diversidade. Em outros casos, os integrantes do grupo se ocupam em fazer a busca ativa, convidando outros adolescentes para o dispositivo: “Eu ainda não cheguei a ser atendido aqui, mas fiquei sabendo do grupo na minha escola, através do pessoal que frequenta aqui e conversa na escola sobre isso, sobre esse grupo”.

Dessa forma, os integrantes do grupo são comprometidos e incentivados a atuar como multiplicadores de cuidado, identificando outros adolescentes que possam estar em sofrimento psíquico e/ou situação de risco e vulnerabilidade relacionados à orientação e identidades sexuais.

Uma terceira forma de ingresso ao grupo é realizada por meio das instituições que compõem o sistema de garantia de direitos, em especial as escolas, os conselhos tutelares e o Ministério Público. Para que essa rede de proteção se estabeleça, destaca-se a importância do estabelecimento de parcerias intersetoriais para discussões dos casos clínicos em conjunto, além do delineamento de ações formativas, como a apresentação do dispositivo do Grupo da Diversidade aos Conselhos Tutelares, que possibilitou diversos encaminhamentos: “Eu nem sabia da existência do grupo. O Conselho Tutelar primeiro me encaminhou para cá, para o serviço. Só depois eu descobri o grupo, e estou até agora aqui”.

O trabalho com a família na mediação de conflitos é um ponto central trazido pelos adolescentes na adesão ao tratamento. Nos encontros do grupo, eles têm a oportunidade de contar sobre suas relações familiares e demandar da equipe um suporte ou atendimento mais específico para algum familiar que esteja precisando: “Hoje eu vim aqui buscar uma ajuda. Minha mãe me acompanha no tratamento e está tranquila. Mas ela quer entender porque eu estou tão deprimido. Ela precisa de um espaço para tentar me compreender”.

Outro adolescente ressalta a importância dos atendimentos familiares para a compreensão dos conflitos da adolescência e diminuição das situações de violência no ambiente doméstico:

Eu falei pra minha mãe que eu gosto de vir para o grupo porque aqui todo mundo se apoia. Minha mãe é atendida aqui pela assistente social, e agora ela está procurando entender melhor. Tive uma consulta familiar aqui que foi muito boa. Minha mãe está melhorando, mas meu pai continua difícil.

A fala é acompanhada por outra integrante, que avalia de modo muito positivo as mudanças que aconteceram em sua família depois dos atendimentos interdisciplinares, ressaltando, no entanto, que não se trata de um processo simples: “As consultas realizadas geraram muitas lembranças na cabeça da minha mãe, mexeram com ela, e aí ela passou a falar mais comigo. É um processo, não é rápido”.

Assim, nesses momentos, o grupo cumpre uma função de avaliação dos planos terapêuticos singulares. Os adolescentes tem a oportunidade de avaliar como está o tratamento, de sugerir mudanças em modalidades de atendimento, de requisitar agendamentos individuais ou remarcações em alguma especialidade que necessitam, etc.

Cabe ainda destacar outro desafio característico de grupos abertos: constantes repactuações quanto às regras, aos objetivos, e a proposta precisam ser fomentadas na medida em que novos integrantes chegam e a dinâmica grupal é alterada.

Nesse sentido, questões como “O que significa vir pra esse grupo?”, e “Qual é a proposta do grupo hoje?” são provocadas para que o coletivo possa propor uma delimitação da proposta terapêutica e discutir incômodos que porventura apareçam. Em uma dessas repactuações, um adolescente opinou:

Eu acho que aqui, com as nossas experiências sendo divididas, a gente pode arranjar com base nas outras pessoas, formas de resolver coisas, certos conflitos internos, vencer certos preconceitos e afins. Acho que isso aqui é tipo um porto seguro, um lugar que a gente vai ter uma ideia de como melhorar as coisas quando a gente já não souber mais o que fazer.

Outros integrantes concordaram:

Yes... Sim o grupo cumpre essa função. Uma integrante mais nova fez um contraponto: Eu acho que o atendimento daqui é rígido porque ele é quer ser mais imparcial.... ele (cita o nome de um profissional) tenta colocar a gente na linha e ao mesmo tempo dar razão pra gente, mas dá razão para os familiares também.

Inicia-se assim uma conversa sobre a condução dos projetos terapêuticos singulares, e o viés do grupo de responsabilizar os adolescentes pelo próprio tratamento. Assim outro adolescente propõe que eles próprios organizem as regras do grupo:

Eu acho que tem amizades aqui dentro, e todos podem aproveitar o horário depois do grupo, sei lá, se tem esse momento posterior, não precisa, não tem nem necessidade de ficar trazendo coisas pra cá (ele refere-se nesse momento a um adolescente que teria trazido bebidas alcóolicas escondido na mochila). Cara, vamos saber reservar e arrumar nossos horários. Vamos saber organizar e ver o que a gente tá buscando aqui. Tem que saber preservar esse momento daqui (do grupo). Porque se é pra ficar de brincadeira, a gente fica lá fora, sabe? Estamos aqui para aprender com isso, e aprender a ouvir e falar também. Gente, agora vamos falar sobre isso! Eu não vou falar sozinho...

Outros integrantes acrescentam: “Eu gosto muito daqui e pra mim é de boa. Eu me sinto bem e acolhido”; “Eu estou aqui para descobrir uma forma de ser respeitado em casa”. Ainda sobre a função do grupo, uma adolescente elabora:

A gente vem pra cá para compartilhar experiências e pra ver que não é só a gente que está passando por determinada coisa, que tem pessoas que já passaram e ainda estão passando pela mesma coisa que a gente, ver que tem pessoas semelhantes à gente. Na escola, a gente não consegue ver as coisas assim. Aqui eu pude ver que muita coisa da minha cabeça passava na cabeça das outras pessoas. E isso é compartilhar vivências, procurar profissionais e se ajudar.

A função do grupo em promover identificações entre os integrantes e suporte emocional é assim descrito por outro membro:

Esse lance da inclusão é bem legal, né? Porque a gente inventa nossos ideais, e às vezes, a gente pensa: ah cara, tá errado isso que eu tô fazendo, eu sou um erro. Mas daí a gente vê outra pessoa e pensa: cara, olha como essa pessoa faz um bem pro mundo! Eu posso fazer isso também, mesmo eu sendo assim e assado, isso não é um empecilho. Isso te bate em algum lugar e é bom.

O fato do grupo não ser voltado para uma demanda específica relacionada a algum transtorno (grupo de transtornos alimentares, grupo de apoio às toxicomanias, grupo para pessoas que fizeram tentativas de suicídio), mas para uma temática que mobiliza interesse

por parte dos adolescentes, como as identificações e escolhas sexuais auxilia no processo de identificação grupal:

Vir pra cá me deixa muito confortável, porque eu também faço tratamento no Caps, mas lá, os grupos não tem essa temática, são grupos para pessoas com problemas. Então aqui é mais confortável. Lá, as pessoas são bem receptivas e tratam muito bem, mas eu não consegui me localizar tão bem. Eu fui pra lá por tentativa de suicídio. Eu realmente cheguei muito perto. E minha mãe precisou acordar pra vida e me levar pra fazer tratamento.

A partir dessas ilustrações do grupo, é possível perceber as múltiplas funções que o dispositivo vai assumindo para cada um. Por tratar-se de um grupo aberto, dinâmico, com propostas em movimento, a análise constante do dispositivo se faz necessária em um espaço destinado especificamente para a construção e intervenção do grupo.

5.9. “Posso propor uma dinâmica?” – O enquadre ajustado às necessidades do grupo



Créditos: Fotos por Mariana Raphael/Saúde-DF. Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal.

A partir das características de um dispositivo de cuidado aberto, como exposto anteriormente, o enquadre terapêutico também assume um caráter flexível, moldando-se às necessidades impostas pelo grupo. Em consonância com a elaboração teórica proposta por Roussillon (2010; 2015), o grupo consiste em um dispositivo clínico cuja principal característica está na criação de um espaço capaz de promover liberdade associativa para seus membros. Deve, para tanto, buscar adequar o dispositivo às necessidades de seus integrantes, tornando-o cada vez mais “sob medida” aos sujeitos que dele fazem parte ao propor um meio flexível capaz de favorecer e acompanhar processos de simbolização.

Essa adequação e apropriação do espaço terapêutico se deu logo no início das atividades do grupo. Os próprios integrantes se acostumaram a tomar o espaço do grupo para si e propor adequações no *setting* terapêutico. Em um determinado momento, os integrantes decidiram sentar-se no chão, em colchonetes, ao invés de utilizar as cadeiras posicionadas em círculo. Depois de um tempo, voltaram a utilizar as cadeiras e a não mais pegar os colchonetes. Essa modificação não passou despercebida por um integrante, que reclamou:

Gente, eu sinto falta de sentar no chão, de sentar junto. Parece bobo, mas não é. Essa é uma parada massa, na cadeira não é a mesma coisa. Bora voltar a sentar no chão? Tem muita coisa mudando, vamos ver o que a gente quer. Quando eu cheguei aqui eu tinha muita ansiedade para falar. Agora tenho vontade de ouvir mais.

Outro adolescente opina sobre o grupo: “Pra mim, aqui é um local de acolhimento. Eu tenho problema pra falar, e por eu ter isso é difícil pra mim. Aqui é o único lugar que eu posso falar sobre minha sexualidade”. Vários integrantes vão contando o que significa aquele espaço terapêutico para cada um:

Teve uma época que eu não conseguia sair de casa, e o grupo era literalmente o único lugar que eu conseguia vir. Eu passava muito mal, mas vinha. É muito bom para você perceber que não está sozinho e que pode melhorar. Eu era muito confuso e não conseguia me explicar de forma alguma o que eu era. Uma pessoa daqui me ajudou e se assumiu por mim (risos). Eu tenho pra mim que eu amadureci muito nesse tempo que estou aqui. Quando eu cheguei aqui eu me senti acolhido por todo mundo e agora parece que eu quero acolher todas as pessoas novas. É uma oportunidade de ajudar quem chega como eu, que nem sabe onde está.

No encontro seguinte, antes de iniciar as atividades uma das integrantes pede para acender um incenso para deixar o ambiente ainda mais acolhedor: “eu gosto de levar incensos para alguns lugares, é muito bom, e esse é o de jasmim, que traz prosperidade e tranquilidade”.

A conduta foi aprovada pelos outros membros: “eu adorei”; “a gente tenta deixar o ambiente o mais confortável, mais acolhedor possível”. Nesse momento, pedem novamente para se sentar em colchonetes e em círculo. Alguns integrantes propõem um tipo de música baixinha, outros pensam em uma planta forte que represente resistência, como os cactos, para deixar na sala de convivência.

Além das questões da ambiência, os adolescentes também propõem alterações nas dinâmicas e atividades do grupo. Um exemplo disso aconteceu no Dia da Consciência Negra. Havia a proposta de exibição de um curta-metragem, e depois a ideia consistia em abrir o debate para os integrantes. Assim que o filme terminou, um adolescente pediu: “Gente, posso propor uma dinâmica?”.

A partir da concordância de todos, o adolescente conduziu uma interessante dinâmica grupal que consistia em diversas perguntas nas quais os integrantes respondiam dando um passo a frente ou um passo atrás. O objetivo da atividade era fazer surgir uma reflexão sobre os lugares de privilégio ou vulnerabilidade que cada um ocupa na nossa sociedade. A dinâmica foi muito bem avaliada pelo grupo, e proporcionou um intenso debate.

Esses são alguns exemplos que ilustram o modo pelo qual os integrantes foram tomando conta do grupo, apropriando-se do seu espaço e de sua proposta, e modificando aspectos do enquadre do dispositivo de acordo com o desenvolvimento da dinâmica grupal.

CAPÍTULO 6: O GRUPO DA DIVERSIDADE: TRAVESSIA TERAPÊUTICA E DISSEMINAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Ah, tem uma repetição, que sempre outras vezes em minha vida acontece. Eu atravesso as coisas – e no meio da travessia não vejo! – só estava era entretido na ideia dos lugares de saída e de chegada. Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais embaixo, bem diverso do em que primeiro se pensou. Viver nem não é muito perigoso?
(Guimarães Rosa, 200, p. 51)

Esse capítulo tem como objetivo discutir aspectos do dispositivo clínico do Grupo da Diversidade que denominamos de *travessia terapêutica*, para ilustrar um percurso vivenciado nesse coletivo que deu sentido à identidade grupal: do sujeito adolescente, que diante de uma dor sem palavras recorre ao ato e ao corpo, não encontrando na cultura amparo simbólico aos seus conflitos internos – ao sujeito adolescente que encontra no grupo um lugar de acolhimento e elaboração de conflitos pubertários, tornando-se capaz de estabelecer novas formas de laços sociais e culturais. Ainda é objetivo do presente capítulo destacar algumas ações de disseminação da experiência clínica em espaços institucionais intersetoriais como importante ferramenta para o trabalho em rede no campo da saúde mental.

6.1 A travessia terapêutica – Da solidão de uma dor sem palavras a uma nova possibilidade de laço com a cultura

Nesse momento, busca-se tecer algumas considerações acerca do que denominamos *a travessia terapêutica* do sujeito adolescente em sofrimento individual para o sujeito capaz de estabelecer novas possibilidades de laços com a cultura a partir do dispositivo clínico grupal.

Conforme o exposto nos capítulos anteriores, a ideia inicial consistiu na criação de um dispositivo de grupo maleável que pudesse elaborar conflitos característicos do período pubertário (Gutton, 1991; Marty, 2012; Roussillon, 2006). A construção de um espaço

terapêutico que permitisse elaborar conflitos inerentes ao processo da adolescência, tais como as identificações e escolhas sexuais, e não um grupo focado em sintomas ou transtornos específicos, característicos de serviços de saúde mental, favoreceu os processos de identificação e fizeram emergir uma identidade grupal. Em pouco tempo de funcionamento, integrantes do grupo já o caracterizavam de modo bastante claro: “aqui, com as nossas experiências sendo divididas, a gente pode arranjar, com base nas outras pessoas, formas de resolver coisas, certos conflitos internos, vencer certos preconceitos e afins”; “a gente vem pra cá para compartilhar experiências e pra ver que não é só a gente que está passando por determinada coisa, que tem pessoas que já passaram e ainda estão passando pela mesma coisa que a gente, ver que tem pessoas semelhantes à gente”.

A necessidade de criar um ambiente de acolhimento e suporte emocional para o compartilhamento das vivências de sofrimento e inadequação social, de forma mais complexa e não patologizada, já era uma questão inicial identificada pelos integrantes: “isso aqui é tipo um porto seguro”; “vir pra cá me deixa muito confortável, porque eu também faço tratamento no Caps, mas lá, os grupos não tem essa temática, são grupos para pessoas com problemas. Então aqui é mais confortável”; “pra mim, aqui é um local de acolhimento. Eu tenho problema pra falar, e por eu ter isso é difícil pra mim. Aqui é o único lugar que eu posso falar sobre minha sexualidade”.

São inúmeros os desafios que o adolescente se depara no momento da chegada, por vezes, inesperada, da puberdade (Gutton, 1991; Alberti, 2009). Os impasses relacionados ao processo de identificação sexual nesse período marcado pela genitalização do corpo traz consigo repercussões culturais significativas, incluindo os conflitos familiares e no meio social: “Foi difícil, é muito difícil se identificar”; “Eu não me identifico com nada, eu não consigo conciliar o pronome neutro com nada”; “Eu me sentia um *allien*”; “O que eu era? Eu tinha vontade de dizer que eu era uma planta”.

Tais questões impõem ao sujeito um intenso trabalho psíquico, com potencial traumático, demandando dispositivos terapêuticos que possam favorecer associações entre os membros e promover processos de elaboração (Gutton, 1991, Roussillon, 2006). Nesse sentido, o grupo favoreceu processos de construção coletiva de sentidos aos conflitos inerentes ao período da adolescência, como nessas falas: “de antes pra agora já melhorou muito, porque agora convivo com pessoas assim, consigo falar pelo menos”; “eu tava nesse grupo desde o ano passado, e tudo era muito confuso. Agora, todo mundo diz que eu estou me comunicando bem melhor”; “pelo menos agora eu consigo explicar pra minha mãe o que eu estou sentindo, mesmo muito confusa”.

Nesse momento de reorganização do espaço relacional, conforme elaborado por Jeammet e Corcos (2005), na qual coexistem a tentativa de distanciamento das pessoas anteriormente investidas, que passam a ser objeto de um fenômeno de atração-repulsão, e a busca por um espaço próprio com novos limites, o adolescente se vê diante do trabalho de fazer escolhas em relação ao corpo e aos novos objetos libidinais. Essa problemática fica bastante nítida nas falas de alguns adolescentes: “Quando eu era menor eu era muito grudado no meu pai. Eu era como ele. Agora ele não me aceita mais, não temos uma boa relação”; “Eu era muito próxima dos meus pais. Eles deixaram de gostar de mim quando eu cresci”; “Então eu sou gay? Eu tenho preconceito comigo mesmo”; “quando me perguntam sobre minha sexualidade, eu falo: eu acho que eu sou gay. Eu acho, porque eu ainda não consegui me achar”.

Esse intenso trabalho psíquico, muitas vezes, é vivenciado pelo adolescente de modo isolado, já que não encontra no meio cultural recursos que o auxiliem nessa tarefa. Sabe-se que, para a psicanálise, os ideais, em sua vertente cultural, possuem uma função protetora contra o desamparo (*hilflosigkeit*), condição humana estruturante (Freud, 1930/2012). Os ideais culturais, além de promoverem amparo ao conflito permanente entre sujeito e cultura, oferecem recursos para o manejo da castração e dos destinos pulsionais pelo sujeito. Cabe, no entanto, o

questionamento e a problematização de como essa função vem sendo realizada no processo da adolescência na cultura contemporânea. Não é objetivo do presente trabalho responder a essa questão, mas apontar alguns aspectos da contemporaneidade, ou dos “vazios da contemporaneidade”, (Levisky, 2013) que contribuem para o surgimento de atos autoagressivos nesse período da vida. Ainda que o mal-estar seja inerente à cultura, entende-se que há um manejo singular do mal-estar em nosso contexto contemporâneo, que se mostra bastante nítido na prevalência das condutas de autoagressão na adolescência.

Nesse sentido, estudos apontam que na contemporaneidade, os mitos e ritos que antigamente marcavam a passagem do tempo encontram-se enfraquecidos, dando lugar aos mitos e ritos individuais (Levisky, 2013; Le Breton, 2010, 2012). A ausência simbólica na cultura contemporânea para essas referências de passagem faz com que a tarefa de simbolizar a passagem do tempo e suas transformações fique a encargo do próprio jovem, que não conta mais com esses importantes mecanismos culturais que possibilitavam o amparo e permitiam uma “passagem coletiva”. Essas características da atualidade contribuem para a constituição de uma realidade social confusa e dissociada, com pouca integração subjetiva e convívio em comunidade (Levisky, 2013; Freitas, Reis e Cunha, 2016).

Assim, as condutas de risco tem assumido a função de demarcar a experiência de adolecer no contexto contemporâneo, em uma espécie de rito privado de passagem. Pode-se, dessa maneira, compreender os sintomas das escarificações, como condutas autoinfligidas que se constituem em atos de passagem, nos quais os jovens, diante da encruzilhada de caminhos na qual se encontram, buscam por meio de uma ritualização íntima atribuir significados particulares à experiência de mal-estar vivenciada (Le Breton, 2010).

A experiência do dispositivo terapêutico grupal, em diferentes momentos, permitiu mostrar e elaborar os significados íntimos e polissêmicos que tais ritualizações, como as escarificações, assumem para cada sujeito. A ideia de um ato que permitisse restabelecer um

tipo de contenção na pele por meio de um invólucro de dor, buscando uma forma de controle ativo do sofrimento, compareceu de modo bastante claro em algumas falas, como “colocar para fora a dor de dentro”, “era um jeito de tentar controlar a dor que eu estava sentindo”, e “no braço eu podia ver a dor”. Nessas situações, o recurso à dor, por meio dos cortes marcados na pele de forma controlada e visível, permite de alguma forma restaurar as fronteiras entre o corpo e o psiquismo e o controle do objeto. O ato de escarificar-se busca dominar a irrupção das marcas do traumático por meio da circunscrição em uma dor física (Dargent e Matha, 2011).

Em consonância à elaboração de Matha (2010), pode-se entender nesse contexto que o ato comparece diante do excesso pulsional como uma forma de apaziguar essa invasão, produzindo um efeito “autocalmante” por meio da dor infligida: “pra mim, era uma forma de alívio da dor”; “depois que eu me corto, eu me sinto aliviada”. Nessa situação, a pele funciona como um escudo de proteção onde, a dor física materializada permite circunscrever a dor psíquica.

Assim, diante do excesso tumultuado, impossível de contenção no psiquismo, recorre-se ao próprio corpo. Ainda para Matha (2013), a dor, mesmo que não encontre palavras, possui uma linguagem do corpo, que porta um significado a ser decifrado. O dispositivo grupal possibilita a construção coletiva desses significados, em um trabalho de decifração coletiva. Quando os adolescentes relatam o contexto no qual os cortes são realizados, ainda que no momento do relato não possam dizer o que tais atos significam, abrem espaço para que outros possam produzir associações sobre seus próprios atos em sua história de vida.

Nesse sentido, conforme elabora Roussillon (2010, 2012) é fundamental que o dispositivo clínico seja capaz de criar espaços de liberdade associativa para seus integrantes, considerando que as associações não são apenas verbais, mas sim heteromorfas, devendo também poder integrar formas de linguagem pré e não verbais, ou seja, associações oriundas de maneiras primárias de expressão apoiando-se no corpo. Assim, no espaço clínico grupal, pôde-

se observar associações provenientes de desenhos realizados no próprio encontro do grupo, gestos, poesias, dentre outros recursos. Um exemplo interessante ocorreu quando um adolescente tentava contar sobre a história de seus cortes autoinfligidos, o sentido que lhes conferia e suas formas. Ele encontrava dificuldades para elaborar sua narrativa, quando outro, sentado próximo a ele, suspendeu a manga do moletom, deixando aparecer a forma semelhante como também “desenhava os cortes”. Essa cena o encorajou a continuar sua fala, além de promover novos relatos.

A partir da cadeia associativa promovida no espaço intersubjetivo grupal, surgiram associações entre as escarificações e agressões vividas no convívio familiar; escarificações e conflitos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero; e escarificações e vivências de violência sexual no passado. Vários adolescentes puderam elaborar como tais atos se inscreviam na sua história, colocando-os sob perspectiva, buscando entender o contexto de seu surgimento e as funções assumidas por cada corte.

Historicizar o ato autoagressivo, por meio das diversas histórias contadas, entrelaçadas, interrompidas e continuadas, permite essa construção coletiva de sentidos para atos isolados, de aparências semelhantes e funções diferentes. O ato que servia para produzir um efeito calmante no isolamento da experiência de sofrimento, pode, na grupalidade, ser entendido de outra forma, e ser substituído por novas formas de expressão do sentimento de mal-estar vivenciado.

Essa busca por uma forma de expressão da dor na conduta ritualística foi bastante evidenciada, assim como as tentativas, a partir do trabalho grupal, de buscar novas formas alternativas para se expressar: “a gente tem que buscar expressões artísticas para mostrar nossos sentimentos”; “eu tento me expressar de todas as formas possíveis, de todas as formas imaginárias”; “para extravasar meus sentimentos e pedir ajuda, eu crio coreografias na dança”; “eu faço desenhos que mostram alguma coisa que estou sentindo”. Para Birraux (2012) é tarefa

da adolescência encontrar o objeto e reconhecer suas qualidades sexuadas e subjetivas de modo distanciado dos objetos incestuosos. Nesse sentido, os objetos culturais podem assumir uma importante função que possibilita a canalização da violência inerente ao processo pubertário no lugar de recorrer ao ato, na impossibilidade de inscrição simbólica. Os objetos culturais, nessa perspectiva, podem se constituir como dispositivos de mediação, ao oferecer possibilidades de criação e significação no campo da linguagem. Ainda para a autora, os objetos culturais favorecem o reconhecimento do outro, propiciando a coletividade e a construção de laços sociais.

Assim, esses atos evidenciam, ainda que de modo inconsciente, uma busca por reconhecimento, na procura por um interlocutor, podendo se constituir em uma abertura para o diálogo e para um possível apoio simbólico. Trata-se de “uma tentativa desesperada de se expressar”, “expressar algo que não se sabe o que”, e de “colocar pra fora a dor de dentro”. Poder falar sobre o que eles significam, o que escondem, ou até mesmo construir possíveis sentidos na grupalidade abre possibilidades de uma reescrita contemporânea da história de cada um na coletividade. O trabalho ativado pelo grupo comporta uma realidade psíquica própria, definida pelos espaços psíquicos comuns e compartilhados, o espaço intersubjetivo que vincula um sujeito a outros sujeitos do inconsciente, conforme proposto por Kaës (2011) na criação de uma terceira tópica que contempla o inconsciente na intersubjetividade, em uma concepção do inconsciente aberto e multidimensional, que extrapola o limite do espaço psíquico individual.

Nesse sentido, é no dispositivo grupal que se pode entrar em contato com uma realidade psíquica inacessível de outra maneira, a do grupo enquanto entidade. No grupo, o sujeito pode experimentar os efeitos produzidos por ele e nele no encontro entre seu inconsciente e o do(s) outro(s). É no grupo que se dá a produção de uma ilusão grupal, na qual o “eu ideal” de cada um é substituído por um “eu ideal comum” grupal (Anzieu, 1993), fornecendo um sentimento de pertinência identitária que faz com que seus integrantes possam se perceber como membros

do grupo, sujeitos desejantes, produzindo efeito apaziguador na angústia de não ter um lugar no desejo do outro (Kaës, 2011).

Assim, no sentimento de ser membro do grupo, pode se dar a travessia terapêutica que abre a possibilidade de um novo laço com a cultura, na qual as posições subjetivas vão se modificando: do ser acolhido ao acolher; da busca por ajuda ao tornar-se agente de cuidado; do isolamento a uma nova inserção cultural; da exclusão social ao protagonismo político. Nas palavras esperançosas de um adolescente do grupo “A gente tem um papel muito importante a fazer... Quando a gente sai daqui a gente tem muito a fazer. Somos estrelas”.

Com o passar do tempo e o desenvolvimento das atividades do dispositivo, foi possível observar que na grupalidade os adolescentes encontram a oportunidade de buscar novos sentidos e formas de expressão cultural às experiências de mal-estar e de violência vivenciadas. Se, no isolamento da vivência de sofrimento esses sujeitos buscavam uma forma de ritualização íntima com os atos de escarificações para tentar dar forma e corpo à dor interna, por meio de um dispositivo grupal existe a possibilidade de uma construção coletiva de sentidos e uma tentativa de encontrar novas possibilidades de expressão de si na cultura.

Conforme propõem Rosa et al. (2009), o “deslocamento do gozo monitorado politicamente e mortífero para o desejo, para uma práxis caracterizada pelo resgate da experiência compartilhada do mundo, supõe a presença dos laços de amor e amizade que fazem ruir alegremente as grades opressoras do poder soberano” (p.62). Nesse sentido, o espaço público privilegiado de um grupo capaz de promover pertinência identitária (Kaës, 2011) e laços afetivos entre seus membros guarda a potencialidade de transformação e reinvenção de identidades nas experiências socioculturais de construção de projetos e utopias comuns.

6.2 Disseminação da experiência

Sabe-se da importância fundamental do trabalho em equipe interdisciplinar e da articulação intersetorial entre os serviços de saúde mental pública para incentivar e promover

intervenções clínicas criativas e inovadoras. Para Rosa, Estevão e Braga (2017) a prática psicanalítica nesse contexto implica em um necessário diálogo com outras áreas do conhecimento, demandando aprofundamentos conceituais e a criação de dispositivos clínicos condizentes com a dimensão sociopolítica do sofrimento. Os autores utilizam o termo “psicanálise implicada” para desenvolver a noção da clínica do sujeito no laço social: “aquela que escuta o sujeito ali onde só aparecem inicialmente os modos de alienação em que ele é capturado e enredado pela maquinaria do poder” (p.367). Dessa forma, aos psicanalistas que atuam no campo saúde mental cabe, cotidianamente, reinventar seu lugar na instituição, bem como assegurar sua participação em debates das políticas públicas referentes à área.

A aposta ética do analista que habita esse campo diz respeito à escuta singular do sujeito em seu laço social e pressupõe um trabalho entre muitos na equipe interdisciplinar (Alberti & Figueiredo, 2006). Nesse cenário, a avaliação, teorização e disseminação da experiência de dispositivos clínicos inovadores, como o Grupo da Diversidade, devem ser parte dos objetivos da proposta clínica desenvolvida. Essas atividades de pesquisa visam ao aprimoramento do dispositivo clínico, bem como a contribuir para a formação profissional de agentes de cuidado, para que abordagens terapêuticas como esta possam ser desenvolvidas e adaptadas de acordo com a realidade de cada território.

Para a consecução desse objetivo, busca-se assegurar e promover, na disseminação da experiência clínica, a participação ativa dos integrantes do grupo, na elaboração, explicação e apresentação do dispositivo grupal em diversos espaços institucionais, bem como na discussão e desenvolvimento de ações semelhantes nas políticas públicas do sistema de garantia de direitos.

Utiliza-se, para tanto, múltiplas estratégias de comunicação, que vão desde apresentações do trabalho desenvolvido no meio acadêmico (congressos, seminários, elaboração de artigos científicos), passando por diversas entrevistas nas mídias locais, até ações

mais específicas de matriciamento de serviços da atenção básica e dos CAPS, que são frequentemente realizados mediante demandas específicas de cada local.

O modelo de matriciamento, ou apoio matricial, consiste em “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13). Trata-se de uma proposta integradora na qual ações mais horizontais de cuidado buscam integrar os saberes nos diferentes níveis assistenciais. Dessa forma, com a visibilidade do Grupo da Diversidade, demandas específicas dos CAPS de algumas regiões que tinham a necessidade e o interesse em desenvolver dispositivos de cuidado mais específicos a essa população-alvo começaram a surgir. Equipes de referência de alguns desses CAPS participaram ativamente dos encontros do grupo, das discussões clínicas do dispositivo e de algumas consultas familiares e individuais. Por outro lado, foram realizadas discussões de casos semelhantes atendidos nos próprios CAPS com a equipe interdisciplinar do Grupo da Diversidade. Essas ações ampliaram as possibilidades de cuidado e permitiram a criação de dispositivos clínicos mais específicos e territorializados.

Ainda no sentido de promover a disseminação do trabalho desenvolvido, cabe citar algumas reportagens jornalísticas que fazem referência ao dispositivo do Grupo da Diversidade publicadas recentemente:

- Reportagem jornalística da Secretaria da Saúde do Distrito Federal. Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/grupo-apoia-adolescentes-com-dificuldades-relacionadas-a-sexualidade-e-genero/>
- Reportagem jornalística da Agência Brasília. Disponível em <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2017/10/16/grupo-da-diversidade-no-centro-de-saude-da-605-sul-apoia-adolescentes-lgbt/>

- Reportagem do Portal de Inovações na Gestão do SUS. Disponível em <https://apsredes.org/grupo-da-diversidade-inclusao-que-inclui/>
- Reportagem jornalística do Correio Braziliense. Disponível em https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2020/01/12/interna_revista_correio,819668/jovens-e-criancas-transgenero.shtml

Em relação aos trabalhos apresentados no meio acadêmico, como congressos e seminários, destaca-se:

- Comunicação Oral no *I Congresso da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde - BRAPEP*. Luiz Fernando Marques; Ana Miriam Garcia Barbosa; Ana Paula Oliveira Reis Tuyama; Paula Stein de Melo e Sousa. A atenção às diversidades sexual e de gênero de adolescentes em serviço de saúde especializado na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Documento disponível em <https://proceedings.science/brapep/documentos/a-atencao-as-diversidades-sexual-e-de-genero-de-adolescentes-em-servico-de-saude-especializado-na-secretaria-de-saude-do?lang=en>.
- Comunicação oral no Seminário *Adolescência: violências, escarificação e suicídio*. Luiz Fernando Marques; Paula Stein de Melo e Sousa. Dispositivo de cuidado com as diversidades sexuais e de gênero na adolescência na rede pública de saúde do Distrito Federal.

Acrescenta-se ainda uma importante ação educativa com os Conselhos Tutelares, com o objetivo de sensibilizá-los na temática e garantir direitos de adolescentes no contexto das diversidades sexual e de gênero:

- Ação educativa com Conselhos Tutelares do Distrito Federal da Rede De Proteção da Infância e da Adolescência no Contexto das Diversidades Sexual e de Gênero. (Documento disponível em

http://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/Conexão_da_Rede_de_Proteção_da_Infância_e_da_Adolescência_no_Contexto_das_Diversidades_Sexual_e_de_Gênero.pdf).

A iniciativa do Grupo da Diversidade foi apresentada e posteriormente publicada na oficina *Saúde e sexualidade de adolescentes*, idealizada pela Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS/OMS no Brasil. (Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde. Saúde e sexualidade de adolescentes. Documento Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_sus.pdf).

Todas essas ações citadas foram amplamente discutidas e elaboradas pelo grupo e no grupo. O protagonismo sócio-político dos integrantes é objetivo do dispositivo clínico, na medida em que permite criar marcas identitárias no social, para além do recurso ao ato no corpo. A partir da grupalidade e da elaboração e promoção coletiva de novas experiências na cultura, adolescentes podem sair do isolamento de uma experiência de sofrimento individual, que tem no ato autoinfligido uma tentativa de simbolização, para novas possibilidades de inserção no meio sociocultural.

Na clínica da saúde mental pública, na qual a dimensão sociopolítica do sofrimento comparece de modo mais nítido em decorrência dos processos de exclusão, violência e vulnerabilidades sociais do público-alvo atendido (Rosa, Estevão e Braga, 2017), mostra-se cada vez mais necessária a criação de dispositivos clínicos maleáveis (Roussillon, 2006) e mais pertinentes às questões desse sujeito adolescente enredado em seus laços sociais, institucionais e políticos. Considera-se, por fim, o espaço privilegiado da intersubjetividade grupal (Kaës, 2011) na promoção de novas possibilidades de laços sociais e manejo simbólico do mal-estar na cultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir da experiência dos últimos quatro anos, que o grupo terapêutico se constituiu como um importante espaço de elaboração dos conflitos pubertários, como as identificações e escolhas sexuais na contemporaneidade; permitiu o compartilhamento das experiências dolorosas, dos conflitos familiares e dos sentimentos de discriminação e exclusão social; e se desenvolveu na busca por novas formas de expressão da dor e do sofrimento alternativas aos atos autoagressivos.

A potencialidade do Grupo como dispositivo terapêutico abarca ainda a promoção de processos de identificação e laços afetivos entre seus integrantes; o desenvolvimento do protagonismo sociopolítico entre membros, sobretudo nas vivências escolares compartilhadas; o estímulo a que adolescentes saiam de seu isolado e restrito mundo para outras perspectivas de inserção e socialização; e a capacidade de manejo nas situações de crise de seus integrantes, ao propor um novo ordenamento de resposta coletiva a ela (Kaës, 2011; Silveira& Carvalho, 2010; Toledo, 2004).

Pôde-se testemunhar a inserção de vários adolescentes em atividades sociais, culturais e políticas: alguns passaram a participar de espaços de discussão de políticas públicas a eles destinadas, outros aderiram a movimentos sociais diversos, outros buscaram compor coletivos específicos, como a Rede Nacional de Adolescentes LGBTI+. O engajamento em atividades artísticas e culturais foi bastante relevante: desde a roteirização e apresentação de esquetes teatrais, a apresentações de dança e música, confecção de desenhos, dentre outros objetos culturais fundamentais para o manejo e elaboração das situações de violência inerente ao período pubertário.

A atuação de adolescentes do grupo no ambiente escolar também obteve intensa repercussão: começando pela identificação do público-alvo em sofrimento psíquico e realização de convites ao grupo terapêutico, até a elaboração de ações educativas em coletivos estudantis

e a promoção de discussões de acesso a direitos junto às coordenações escolares. Esse dispositivo de cuidado mostrou-se, assim, um espaço potente de estabelecimento de laços afetivos e protagonismo social.

Como já destacado anteriormente, considera-se fundamental em uma proposta de linha de cuidado voltada a adolescentes em situação de vulnerabilidade psíquica e social, que seus responsáveis e/ou familiares façam parte do plano terapêutico. Acolher o sofrimento dos familiares tem o potencial de manejar conflitos do ambiente doméstico, prevenir situações de violência e violação de direitos, melhorar a comunicação entre os membros da família, além de promover a adesão ao tratamento.

Como proposta terapêutica nos atendimentos familiares, busca-se efetuar uma espécie de deslocamento da demanda, por exemplo, de uma perspectiva moral/religiosa cristalizada para uma questão de saúde mental, tanto do jovem quanto de seu núcleo familiar, abrindo possibilidades para vinculações familiares mais acolhedoras e funcionais. Assim, o sofrimento psíquico em casos agravados de saúde mental, como tentativas de suicídio, escarificações e violências no ambiente familiar, passa a assumir centralidade no esforço terapêutico, ao invés de questões doutrinárias ou moralistas.

No campo institucional, o dispositivo terapêutico de grupo amplia as possibilidades de intervenção e de respostas do serviço, na medida em que abre espaço para que questões do período pubertário, tais como as identificações e escolhas sexuais, sejam tratadas em uma perspectiva mais complexa e não patologizada, aumentando assim as possibilidades terapêuticas. A criação do Grupo trouxe ao serviço uma nova referência aos profissionais que se deparam com questões complexas relacionadas à sexualidade, que precisam ser tratadas em suas especificidades e em modalidades institucionais alternativas às abordagens individuais e medicamentosas.

Cabe ressaltar ainda a necessidade de que a atenção às diversas demandas do período pubertário possam ser tratadas no território onde o jovem está inserido. Para tanto, entende-se que é fundamental que as iniciativas desenvolvidas possam ser sistematizadas, avaliadas e disseminadas, para que serviços públicos da atenção básica e/ou especializada de diversos territórios possam, dentro das suas especificidades, acolher e ofertar ações específicas voltadas a esse segmento.

Em função da visibilidade que o Grupo da Diversidade adquiriu em seus anos de funcionamento, frequentes demandas externas chegam a seus facilitadores, como solicitações de divulgação do trabalho pela mídia ou de intervenções em ambientes escolares que encontram dificuldades no manejo de conflitos institucionais relacionados às diversidades sexuais e de gênero. Nesse sentido, destaca-se, por fim, a importante função do serviço de ser local de formação de profissionais, como cenário de residências multiprofissionais, campo de estágio profissional e instituição que oferece treinamento e capacitação para servidores da própria Secretaria de Saúde. O Grupo da Diversidade tem recebido diversos desses profissionais, que participam do dispositivo clínico, das discussões de caso e das supervisões, podendo, posteriormente, desenvolver ações semelhantes a partir das suas demandas institucionais e territoriais específicas.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. & Figueiredo, A.C. (Orgs.) (2006). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud
- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amparo, D.; Gusmão, M.M. & Macedo, L.V. (2012). O agir violento na adolescência: simbolização e dispositivos clínicos. In: *Amparo, D. e cols (orgs). Adolescência e Violência: intervenções e estudos clínicos, psicossociais e educacionais*, 79-91. Brasília: Editora UnB.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Anzieu, D. (1988). *O Eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anzieu, D. (1993). *O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ávila, L. (2009). O Eu é plural: grupos: a perspectiva psicanalítica. *Vínculo*, 6 (1), 39-52.
- Ávila, L. (2016). *Grupos: Uma perspectiva psicanalítica*. São Paulo: Zagodoni.
- Barros, M. (2001). *Matéria de Poesia*. Rio de Janeiro: Record.
- Bion, W. R. (1975). *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Birraux, A. (2012). Violência e objetos culturais. In D. M. Amparo, S. Almeida, K. Brasil, M. I. Gandolfo, & F. Marty (Orgs.). *Adolescência e violência: intervenções clínica, Psicossociais e Educativas*. Brasília, DF: EdunB/Liber Livros, pp. 227-238.

- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em 02 jan. 2019.
- Brasil, Lei Federal nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm> Acesso em 02 jan. 2019.
- Broide, J. (2008). *Psicanálise nas situações sociais críticas. Violência, juventude e periferia: em uma abordagem grupal*. Curitiba: Juruá.
- Calazans, R. & Bastos, A. (2010). Passagem ao ato e *Acting Out*: Duas respostas subjetivas. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.22, n.2, p.245-256.
- Calligaris, C. (2000). A adolescência. São Paulo: Publifolha.
- Cardoso, M.R. (2001). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Cardoso, M. R. & Marty, F. (orgs) (2008). *Destinos da adolescência*, 55-68. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Cardoso, M. R (org.). (2008). Transgressão pulsional e geracional: a perpetuação da adolescência. In: Cardoso, M.R. e Marty, F. (orgs). *Destinos da adolescência*, 69-80. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Cardoso, M.R., Demantova, A.G. & Maia, G.D. (2016). Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência. *Estudos psicanalíticos*, 46, 115-123.
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 390-398.
- Coutinho, L.G. & Rocha, A.P.R. (2007). Grupos de reflexão com adolescentes: elementos para uma escuta psicanalítica na escola. *Psicologia clínica* [online], 19 (2), 71-85.

- Dargent, F. & Matha, C. (2011). *Blessures de l'adolescence*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Emmanuelli, M. (2008). A clínica da adolescência. In: Cardoso, M. R. e Marty, F. (orgs). *Destinos da adolescência*, 17-38. Rio de Janeiro: 7letras.
- Fortes, I. (2008). A adolescência e o corpo: considerações sobre a anorexia. In: Cardoso, M. R. e Marty, F. (orgs). *Destinos da adolescência*, 139-151. Rio de Janeiro: 7letras.
- Freitas, M. C. S., Reis, R. & Cunha, C. F. (2016). Adolescência na contemporaneidade: uma travessia solitária? *Revista Médica de Minas Gerais*, 26, 414-418.
- Freud, A. (1946). *Psicoanálisis del niño*. Buenos Aires: Iman.
- Freud, S. (1893/2006). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 03, 35-37). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895/2006). Projeto para uma Psicologia Científica. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 01, 381-456). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1896/2006). A Etiologia da histeria. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 03, 187-215). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1897/2006). Carta 69. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 01, 309-311). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1901/2006). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 06, 287-332). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1905a/2009). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1905b/2006). Fragmento da análise de um caso de histeria. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 7, 13-166). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912/2006). Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 11, 185-195). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/2006). Totem e Tabu. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 13, 11-191). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914a/2012). *Zur Einführung des Narzissmus*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1914b/2006). Recordar, repetir, elaborar. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (J. Salomão, trad., 12, 191-203). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1916). *Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit*. Disponível em <https://archive.org/stream/einigecharaktert29101gut/pg29101.txt>
- Freud, S. (1917/2006). Luto e Melancolia. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (J. Salomão, trad., 14, 249-263). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917/2012). *Trauer und Melancholie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1921/2016). *Psicologia das massas e análise do eu*. Porto Alegre: Coleção L&PM Pocket.

- Freud, S. (1921/2012). *Massenpsychologie und Ich-Analyse*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1923a/2006). O Ego e o Id. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (J. Salomão, trad., 19, 15-80). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923b/2006). A organização genital infantil. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (J. Salomão, trad., 19, 157-161). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930/2006). O mal-estar na civilização. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (J. Salomão, trad., 21, 67-150). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1930/2012). *Das Unbehagen in der Kultur*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1931/2006). Sexualidade feminina. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. (J. Salomão, trad., 21, 257-279). Rio de Janeiro: Imago.
- Guerra, A. M. C. (2005). A psicanálise no campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil. *Psychê*, Ano IX (15), 139-154.
- Gutton, P. (1991). *Le Pubertaire*. Paris: Quadrige.
- Herzog, R. & Mariante, I.S. (2008). Entre a infância e o infantil – vicissitudes da adolescência. In: Cardoso, M. R. e Marty, F. (orgs). *Destinos da adolescência*, 39-53. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Jeammet, P. (1985). La dépression chez l'adolescent. In: Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soulé, M. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF, 2, p.305-325.
- Jeammet, P & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Kaës, R. (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kaës, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaës, R. (2011). *Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Edições Loyola.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, ano 16 (33), 25-40.
- Le Breton, D. (2012). O risco deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes. *Política e Trabalho: Ver Ciências Sociais*, 37, 33-44.
- Levisky, D. L. (2013). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Zagodoni.
- Lo Bianco, A. C. & Nicacio, E. (2015). O adolescente e o encontro com os impasses do sexual. *Cadernos de psicanálise*, 37 (33), 71-84.
- Mayer, H. (2001). Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: Cardoso, M. R. (org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*, 81-101. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Matha, C. (2010). Figures traumatiques de la séparation à l'adolescence: de la répétition à l'élaboration. *Psychologie clinique et projective*. Paris, 16, 103-144.
- Matha, C. (2013). S'abîmer: entre attraction mélancolique et aménagement pervers. *Psychologie clinique et projective*. Paris, 19, 103-133.
- Marty, F. (2006). Adolescência, violência e sociedade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Marty, F. (2008). O genital, impasses e acesso. In: Cardoso, M. R. e Marty, F. (orgs). *Destinos da adolescência*, 55-68. Rio de Janeiro: 7 Letras.

- Marty, F. (2012). A função do agir na adolescência. In: Amparo, D. e cols (orgs). *Adolescência e Violência: intervenções e estudos clínicos, psicossociais e educacionais*, 17-29. Brasília: Editora UnB.
- Ministério da Saúde (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.
- Ministério da Saúde (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*.
- Moretto, C. (2012). O grupo como estratégia de intervenção em saúde mental da infância e adolescência. *Mental*, 10(19), 221-233.
- Ogden, T. (1992). El sujeto dialécticamente constituído/descentrado del psicoanálisis. In: *Libro Anual de Psicoanálisis: El sujeto freudiano y las contribuciones de Klein y Winnicott*, 99-122.
- Oliveira, H. M. & Hanke, B. C. (2017). Adolescer na contemporaneidade: uma crise dentro da crise. *Ágora*, XX (2), 295-310. Rio de Janeiro
- Patias, N. D., Silva, D. G & Dell’Aglío, D. D (2016). Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. *Temas em Psicologia*, 24 (1). Ribeirão Preto.
- Pichon-Rivière, E. (1983/2000). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.

- Pinheiro, A. (2006) *Criança e Adolescente no Brasil: Porque o Abismo entre a Lei e a Realidade*. Fortaleza: Editora UFC.
- Pinheiro, T. (2001). Narcisismo, sexualidade e morte. In: Cardoso, M. R. (org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*, 69-79. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Rassial J-J. (1999) *O Adolescente e o Psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Rinaldi, D. (2006). Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, pp. 141-147.
- Rinaldi, D. (2015). Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(2), 315-323.
- Romanini, M. & Roso, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, 23(2), 343-366.
- Rosa, G. (2001). *Grande Sertão: Veredas*. Nova Fronteira.
- Rosa, M. D., Vicentin, M. C. & Catroli, V. S. C. (2009). Viver em tempos sombrios: a experiência e os laços com os contemporâneos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 15(1), 51-68.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Rosa, M.D., Estêvão, I.R & Braga, A.P.M. (2017). Clínica Psicanalítica Implicada: Conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 22(3), 359-369.
- Roussillon, R. (2006). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Editora UNISINOS.

- Roussillon, R. (2010). Cadre-dispositif - contribution a l'approche psychanalytique de l'institution. *ReneRoussillon Exploration en Psychanalyse*. Disponível em: <http://reneroussillon.com/cadre-dispositif/>
- Roussillon, R. (2012). As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico-identitárias. *ALTER – Revista de estudos psicanalíticos*, 30(1), 7-32. Recuperado de <https://reneroussillon.files.wordpress.com/2014/08/rennc3a9e-de-roussillon-artigo-alter.pdf>
- Roussillon, R. (2015). A função simbolizante. *Jornal de psicanálise*, 48 (89), 257-286.
- Roussillon, R. (2019). *Manual da Prática Clínica em Psicologia e Psicopatologia*. São Paulo: Editora Blucher.
- Santos, M. A., Scatena, L., Ferriani, M. G. C., & Peres, R. S. (2015). Grupo operativo com adolescentes em um núcleo da assistência social: a questão da identidade de gênero. *Vínculo*, 12(1), 51-58.
- Schoen-Ferreira, T. H; Aznar-Farias, M. & Silvaes, E. F. M. (2010). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 227-234.
- Silveira, F. & Carvalho, P. (2010). A experiência clínica grupal e o modelo psicanalítico. *Percurso*, 44. Disponível em http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=106&ori=edicao&id_edicao=44
- Toledo, R. P. (2004). O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. *Vínculo*, 1(1), 52-57.
- Touraine, A. (1997). *Pourrons-nous vivre ensemble? Égaux et diferentes*. Paris: Fayard.
- Trachtenberg, A.R. et al. (2011). Por que René Kaes? *Psicanálise – Revista da SBPdePA*, 13 (1), 257-270.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Zago, M. & Padilha, B. (2016). Dispositivo terapêutico grupal para pacientes com adoecimento mental severo: uma interlocução com o território. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, 8 (17), 143-151.