



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Fernanda Fudissaku

**Fonoaudiologia e saúde mental:
efeitos da clínica de linguagem e atenção psicossocial na construção do corpo de um
clínico**

São Paulo

2023

FERNANDA FUDISSAKU

**Fonoaudiologia e saúde mental:
efeitos da clínica de linguagem e atenção psicossocial na construção do corpo de um
clínico**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

São Paulo

2023

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta

Tese de Doutorado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura _____

Data _____

e-mail _____

Fudissaku, Fernanda

Fonoaudiologia e saúde mental: efeitos da clínica de linguagem e atenção psicossocial na construção do corpo de um clínico / Fernanda Fudissaku. -- São Paulo: [s.n.], 2023.
302p. ; cm.

Orientador: Lúcia Maria Guimarães Arantes.
Tese (Doutorado)-- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.

1. Fonoaudiologia. 2. Linguagem. 3. Saúde Mental
4. Redução de danos. I. Arantes, Lúcia Maria
Guimarães. II. Pontifícia Universidade Católica de
São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em
Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem. III.
Título.

Fernanda Fudissaku

Fonoaudiologia e saúde mental: efeitos da clínica de linguagem e atenção psicossocial na construção do corpo de um clínico

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

Aprovada em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes (orientadora)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof.^a Dra. Teresa Cristina Endo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof.^a Dra. Maria Cecília Bonini Trenche
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Prof.^a Dra. Rosemarie Andrezza
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Prof.^a Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin
Universidade de São Paulo (USP)

Dedico este trabalho ao meu pai, Hélio Fudissaku,
presente em cada escrito da minha vida.

“Eu sou
Sou seu sabiá
O que eu tenho eu te dou
Que tenho a dar?
Só tenho a voz
Cantar, cantar, cantar, cantar”

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação São Paulo (FUNDASP), a qual agradeço a Bolsa Dissídio.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes pela orientação, que foi além deste trabalho. Obrigada por estar presente desde o princípio. Foi em suas aulas de Avaliação de Linguagem que tudo começou. Quando esta tese ainda era um esboço, uma pontinha de desejo, que foi ganhando corpo com as suas aulas, supervisão e orientação. Obrigada pelo papel fundamental em minha formação.

À Dra. Rosemarie Andrezza pela valiosa contribuição nos exames de qualificação, fundamentais para a construção deste trabalho. Obrigada por me acompanhar em cada passo, sua escuta foi essencial para as reflexões durante todo o processo. Obrigada pelo acolhimento em suas aulas na Saúde Coletiva, quando eu adentrava um terreno desconhecido, seu afeto foi fundamental.

À Dra. Teresa Endo pela leitura cuidadosa e pelas pontuações importantes para iluminar a finalização deste trabalho. Suas falas no exame de qualificação ecoaram em mim de um modo delicado e me deram fôlego na reta final. Mais do que isso, me fizeram não me perder na vastidão que é um trabalho acadêmico. Você me fez lembrar porque eu estava escrevendo este trabalho: o amor e o SUS.

À Dra. Cecília Bonini por aceitar o convite para compor a banca examinadora de defesa desta tese. Obrigada pelo carinho, acolhimento, ajuda e disponibilidade durante todo este percurso. Jamais me esquecerei do encontro imprevisível em frente à PUC, em que suas palavras foram acalentadoras. Muito obrigada!

À Dra. Maria Cristina Vicentin por aceitar o convite para compor a banca examinadora de defesa desta tese. Por ser referência durante todo o trajeto em que estive no CAPS, a equipe sempre remetia a você o apelido “olho do furacão”. Obrigada por abrir as portas da Universidade aos trabalhadores da Saúde Mental.

À Lúcia Masini por aceitar o convite para compor a banca examinadora de defesa desta tese como suplente. Obrigada por fazer parte da minha formação e pela parceria de trabalho nos últimos anos. À Miriam Debieux Rosa por aceitar o convite para compor a banca examinadora de defesa desta tese como suplente e por ser referência de leitura sobre a população que está à margem.

À Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto pela valiosa contribuição no exame de qualificação. Obrigada pelo papel fundamental em minha formação, a clínica de linguagem é o pilar deste trabalho e da minha clínica. Obrigada por essa transmissão!

Ao Dr. Luciano Elia e à Dra. Adriana Bastos Assumpção pela valiosa contribuição no exame de qualificação.

À Priscyla Mamy Okuyama, ainda bem que foi com você! Obrigada por me ensinar o que é um CAPS, o que é o SUS, o que é o amor! Obrigada por contar quem era a Célia Maria e abrir a sua caixinha para nós. Todo afeto que saiu de lá ficou esparramado pelo CAPS e guiou nosso trabalho o tempo todo. Obrigada por ser amiga e um presente na vida!

À Valéria “Mujica”, irmã d’alma, que é poesia e escreve comigo há muito tempo essas vidas. Obrigada por ser “manoscrita” e ali podermos ser Dora, Clarice, Hilda, Manoel, Arnaldo, Marisa. Obrigada por bordar a vida comigo: “o seu olhar, seu olhar, melhora. Melhora o meu”.

À Mariane Pontes, confesso que usei a desculpa desta tese para me aproximar novamente. Obrigada por ser suporte lá na Sé até aqui. Obrigada por me sustentar na vida e na morte. Obrigada por juntar vários pedacinhos meus nesse caminho tortuoso. Obrigada pelos encontros, desencontros e reencontros!

À Livia Miranda por ser amor o tempo todo e me ensinar a ser uma canceriana mais ariana. À Fabiola Costa Carraro pelo primeiro acolhimento, por me ensinar os princípios do SUS e por me ensinar a ser livre. À Pati Caxambu e os “dalits”. À Fátima Rigato por ser parceira, pelas broncas, pelas risadas e por todo o amor.

À Ana Carolina Dias por me ajudar a carregar cada tijolinho dessa construção. Obrigada pelo afeto e luta diária. Obrigada por deixar o laço mais leve e por ser lugar para dividir todas as maluquices que teimam em repetir na vida. Obrigada por dividir a vida! À Fernanda Rodrigues que escuta e me deixa ser de qualquer jeito. Obrigada por deixar me ver em você através do nosso nome. Obrigada por ser a Fernanda “nova” e me ajudar a sustentar sempre a “nova” Fernanda. À Mariana Desenzi, pela fama de “brigar” com médicos, pela praticidade de lidar com os impasses da vida, que caí tão bem na clínica e na vida. Obrigada por ser amiga em tudo que foi mais difícil nessa escrita.

Aos presentes da Sé: Dani Palaio, Tati (parcinha), Camila (irmã), Claudinha, Medina, Mari Louver, Jú, Théo, Zilda, Maria, Silvany, Bete, Luana, Day, Bia, Anderson (Coração), Babi, Dodô, Débora, Marcinha (melhor do mundo), Rodrigo, Rafa Decks, Presto, Dani, Willian. À Ruth, nas diversas posições, da proximidade ao afastamento, nesse vai e vem. À Renata e Marinho, por me ensinar que redução de danos é amor e por me impulsionarem a escrever esta tese, a presença de vocês esteve viva nesta escrita.

À Stella Maris Colonato por me ensinar que “amor é resistência” e que a paixão é bem melhor do que a indiferença. À Rosangela Mota pela delicadeza em que transmitiu o seu saber em meio caos, “porque a gente gosta de problema!”.

À “Tropicália” da Saúde Mental, a toda equipe do CAPS infantil Sé. Obrigada por passarem por ali e deixarem marcas em mim. Obrigada pela luta diária! Essa é uma versão dessa história, espero que venham outras por aí. Ao João, Pedro e Kelly. À Amanda, Gabriel e Cristina. E a todos os “meninos” e “meninas” que mudaram a minha vida.

À Cris Lykouropoulos por me ensinar a dar os primeiros passos na Saúde Mental e por ter aberto as portas para nós. Obrigada pela parceria e pela amizade. Obrigada pelas conversas da vida! À Elaine Herrero por ter entrado no “trem da Reforma” e pela gentileza ao transmitir a sua experiência. À Carolina Lopes Barbosa por me mostrar os caminhos e pelas trocas nas supervisões, viagens, na vida! À Selma Reyes pelos primeiros ensinamentos!

Aos amigos da DERDIC. À Teca que me sustentou nos momentos mais difíceis, obrigada pela parceria, amo compartilhar o trabalho e a vida com você. À Adriana Bastazin pelas risadas, disfarces e acolhimento. Agradeço a você e ao Marcos pela paciência na inevitável “loucura” do computador. À Chris Carielo pelos abraços e palavras acolhedoras. À Solange por estar lá no começo implantando o SUS em São Paulo. Obrigada pela luta diária! À Jô pelas histórias de vida no café. À Luana, Nara e os unicórnios. À Kathy pela resistência desde a época da ditadura. À Inês e Joelma pelos “respiros”. À Ana e Joaquim.

À Laís Vignati que admiro tanto como pessoa e fonoaudióloga. Obrigada por sustentar o trabalho na Saúde Mental de forma tão linda e delicada. As nossas conversas foram fundamentais para as reflexões desse trabalho. Obrigada por ser uma amiga maravilhosa! À Marcia Innocencio pela força e afeto na luta pela Reforma Psiquiátrica e pela amizade!

À Aline e à equipe do CAPSij III Sé Amorzeira pela gentileza ao abrir as portas do CAPS para a coleta de dados.

Ao meu pai, Hélio Fudissaku, por estar presente em cada linha dessa tese, vejo muito de você em mim e agradeço muito por isso! À minha mãe por me dar suporte para sustentar todos os meus desejos. À minha irmã, Camila Fudissaku, por ter sido espelho em todo meu caminho. Ao Grilo, pelas conversas “tagarelas”.

À Mariana Campos (irmã que a vida me deu), pela organização do trabalho e da vida, Giselle Mano (gêmea) e Janaína Martins (Janjão) por estarem presentes desde o começo, quando a gente brincava de quem a gente queria ser quando crescer. Quando estou com vocês eu sinto que posso tudo, é sempre “banca seu desejo”. Obrigada por serem família!

Ao Daniel Caseiro pelo amor, afeto e suporte nos piores e melhores momentos. Por emprestar sua morada, a família, os almoços, os cães, os gatos, o Lulinha. Obrigada por compartilhar e me receber na sua rotina. Obrigada por mostrar que uma relação pode ser construída com muita parceria, respeito e amor.

Ao Surubão de Noronha: Dani Palaio pela parceria no CAPS, UA e carnavais, aquela carta foi prova de amor! À Carol 2 porque sem Vicky não tem Cristina. À Carol 1 (Carlinhos) por ser minha “duplinha” no carnaval e na vida. À Sabrina pelo amor e sinceridade, porque não há superação que nos supere. Ao Rodolfo pela alegria em lidar com a vida. Às cariocas: Nat, Luísa Sereia, Luísa Peteca, Carol 3 Paqueta, e principalmente, Betinha, por levar a sério e construir comigo o “banca seu desejo!”.

Às profissionais e aos amigos do grupo de pesquisas, fundamentais para minha formação: Lourdes Andrade, Suzana Fonseca, Roseli Vasconcelos, Luciana Carnevale, Melissa Catrini, Juliana Marcolino, Mariana Trenche.

À Chris Bonasorte pelas conversas, pelas trocas teóricas e da vida, pelo carinho e amizade. À Claudia Cerqueira por estar junto nesse longo caminho, desde o aprimoramento até o doutorado. À Mari Emendabili por tudo! São muitos anos de amor! À Kate pelo presente que é sua amizade. À Luana por me fazer rir e ser a melhor “duenda” do Natal. À Mari Trenche, por ser tão querida nesse processo.

À minha família, tios e tias, “ÕES” e “ONAS” por me darem suporte no momento mais difícil dessa tese. A tia Silvia que acolheu muitas angústias nesse caminho. A Mayara “my person” pelas melhores conversas da vida. À avó Cida, avó Maria e avô Roberto também sempre presentes, em suas ausências.

À Nayla Araújo pelo jeito lindo que você faz o seu trabalho. Obrigada por me ensinar a fazer do meu corpo minha morada. Obrigada por ser suporte durante a pandemia!

À Nathalia Yamasaki por ser um presente na Pandemia! Encontrei um lugar bem quentinho com você! À Fernanda Arakaki por estar desde o começo e pela alegria e força contagiante. À Carina Arantes pelas referências e conversas que abriram caminhos.

À Adriana, Viviane, Mariana, Sabrina, Flávia, Rose, Takeuchi e Dhaian, pelos “respiros” inesperados durante a escrita da tese. Por perder a conta de tantos anos de amizade.

À Maria Lúcia dos Reis pelas orientações e pelas orientações e disponibilidade em tirar todas as minhas dúvidas. Pelas longas conversas no telefone, que deixaram a parte burocrática mais leve. Aos amigos do Conselho Regional de Fonoaudiologia pelas trocas que resultaram em muitas reflexões desse trabalho, pelo carinho e amizade.

RESUMO

FUDISSAKU, Fernanda. **Fonoaudiologia e saúde mental:** efeitos da clínica de linguagem e atenção psicossocial na construção do corpo de um clínico. 2023. 302f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2023.

Este trabalho surge da minha experiência como fonoaudióloga no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil Sé. O CAPSi Sé tinha uma peculiaridade por estar localizado no Centro de São Paulo, onde há grande concentração de crianças/ adolescentes em situação de rua. Desse modo, a maior demanda de atendimento do serviço era tal população. Nesse sentido, o fonoaudiólogo não é convocado apenas nos casos em que há um comprometimento na linguagem, voz, motricidade oral, audição etc., ou seja, sua atuação ultrapassa as especialidades da Fonoaudiologia. Há procedimentos realizados no CAPS que não estão no escopo da formação do fonoaudiólogo. Assim, ao me deparar com a “convivência” levantei questões, trata-se de um dispositivo de atenção à crise, configurado como um espaço aberto de encontro entre usuários e profissionais, sem atividades fechadas ou protocolos para seguir. Diante de tal novidade, questionava como não perder minha posição clínica na “convivência”, em que ficávamos horas no corpo a corpo com o usuário, atuando com as especialidades diluídas? Diante disso, questiono: o que é o corpo do clínico no CAPS? O que é o corpo do fonoaudiólogo no CAPS? Qual o lugar da especificidade do fonoaudiólogo? O método utilizado foi um estudo qualitativo em duas etapas: (1) levantamento bibliográfico (2) construção de narrativas clínicas. A coleta de dados foi realizada em prontuários, atas de reuniões e anotações pessoais. Discuto o caso de três adolescentes em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas, percorrendo os dispositivos utilizados: acolhimento diurno e noturno no CAPS, ações de redução de danos, abordagem na rua (CAPS na rua), comunidade terapêutica e unidade de acolhimento. Tais casos explicitavam a questão central deste trabalho: a especificidade da atuação do fonoaudiólogo e a construção do corpo de um clínico. Para concluir, o corpo do clínico no CAPS é teórico, político e clínico. Efeito de uma teorização que marca o corpo do clínico e constitui uma escuta para o sujeito.

Palavras-chave: Fonoaudiologia. Linguagem. Saúde Mental. Saúde Coletiva. Redução de danos.

ABSTRACT

FUDISSAKU, Fernanda. **Speech and hearing therapy and mental health:** effects of the language clinic and psychosocial care on the construction of a clinician's body. 2023. 302f. Thesis (Doctorate in Applied Linguistics and Language Studies). Pontifical Catholic University of São Paulo, 2023.

This paper arises from my experience as a speech therapist at the Sé Psychosocial Care Center for Children and Adolescents. CAPSi Sé had the peculiarity of being in the center of São Paulo, where there is a high concentration of homeless children and adolescents, so the service's greatest demand was from this population. In this sense, the speech therapist is not only called upon in cases where there is impairment in language, voice, oral motricity, hearing, etc., in other words, their work goes beyond the specialties of speech therapy. There are procedures carried out at CAPS that are not within the scope of the speech therapist's training. So, when I came across the "conviviality", I had questions, this is a crisis care device, set up as an open space for users and professionals to meet, with no closed activities or protocols to follow. Faced with such a novelty, I wondered how I could not lose my clinical position in "conviviality", where we spent hours face-to-face with the user, working with diluted specialties. In view of this, I ask: what is the clinician's body in the CAPS? What is the body of the speech therapist in the CAPS? What is the place of the speech therapist's specificity? The method used was a qualitative study in two stages: (1) bibliographical research (2) constructing clinical narratives. Data was collected from medical records, meeting minutes and personal notes. I discuss the case of three street adolescents and users of psychoactive substances, going through the devices used: day and night reception at CAPS, harm reduction actions, street approach (CAPS on the street), therapeutic community and reception unit. These cases highlighted the central issue of this work: the specific nature of the speech therapist's work and the construction of a clinician's body. In conclusion, the clinician's body in the CAPS is theoretical, political and clinical. The effect of a theorization that marks the clinician's body and constitutes listening to the subject.

Keywords: Speech and Hearing Therapy. Language. Mental Health. Collective Health. Harm Reduction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
01 FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE MENTAL: PASSOS E IMPASSES	26
02 A CLÍNICA DE LINGUAGEM	52
03 JOÃO – O INÍCIO: A TENSÃO ENTRE UMA POLÍTICA HIGIENISTA, A CLÍNICA DE LINGUAGEM E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.	69
04 PEDRO: TRANSITORIEDADE, REDUÇÃO DE DANOS, CLÍNICA DE LINGUAGEM E PSICANÁLISE	130
05 ESQUINA PARANÓIA DELIRANTE: O CAPS NA RUA.	148
06 KELLY: A OPERAÇÃO SUFOCO.....	168
07 AS INTERNAÇÕES	175
7.1 A internação de Pedro	175
7.2. A internação de João	190
7.3. A internação de Kelly	192
08 A UNIDADE DE ACOLHIMENTO	195
8.1. Pedro e UA	197
8.2. João e a UA	204
8.3. Kelly e a UA	213
09 FINAL DE TRATAMENTO	251
9.1. Desfecho João.....	251
9.2. Desfecho Pedro.....	254
9.3 Desfecho Kelly	259
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	264
REFERÊNCIAS	285

INTRODUÇÃO

A minha primeira experiência na Saúde Mental ocorreu durante o último ano da graduação em Fonoaudiologia. Momento em que era esperado que os alunos já tivessem maior familiaridade com alguma especialidade do campo, a partir daí, escolhiam duas disciplinas nas áreas que mais os mobilizavam para aprofundar o conhecimento. Escolhi o módulo “Intervenção em rede: a Fonoaudiologia na Saúde Mental” ministrado pelo psicanalista Professor Dr. Maurício Castéjon Hermann. Tratava-se, então, de uma disciplina optativa para no máximo doze alunos, na época da minha graduação, era o único espaço que trazia os preceitos da Reforma Psiquiátrica em seu conteúdo.

O objetivo era, a partir da articulação entre Fonoaudiologia e Psicanálise, contribuir para a formação do aluno no campo da Saúde Mental. O módulo tinha como campo de estágio os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)¹ para proporcionar uma experiência institucional e clínica. Meu estágio foi realizado em um CECCO no município de São Paulo e a experiência que tive ali foi uma prévia do que viveria posteriormente.

Sem entender muito bem o lugar do fonoaudiólogo, tentava encaixar uma das especialidades da Fonoaudiologia, a linguagem, no trabalho realizado. Nos primeiros dias fiquei extremamente frustrada, pois, no horário do meu estágio, uma das fonoaudiólogas do equipamento realizava uma oficina de jardinagem. Tratava-se do “Projeto Crer-ser: germinando a cidadania”², que tinha como objetivo a formação profissional e a inclusão social por meio do trabalho. Destinado a jovens com idade entre 15 e 20 anos, provenientes de família de baixa renda e alto índice de vulnerabilidade social. Desse modo, faziam parte da oficina, adolescentes em conflito com a lei, que estavam institucionalizados.

A minha expectativa era encontrar pacientes com “transtorno mental” ou os “psicóticos” como eu me referia a essa população na época, pois, acreditava que assim estaria atuando como fonoaudióloga. Em um misto de frustração e raiva, não conseguia ver sentido na oficina e na

¹ “Os CECCOS são serviços ligados à rede de atendimento à saúde do município de São Paulo, surgiram no final da década de 1980, como parte integrante do conjunto de equipamentos propostos na Reforma Psiquiátrica reivindicada pela luta antimanicomial. Esse novo modelo sugeria uma rede de apoio e atendimento ao paciente psiquiátrico em substituição ao modelo asilar, praticado até então como forma de tratamento de pessoas com transtornos mentais” (REYES, 2015, p. 85).

² Mais informações em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/meio_ambiente/umapaz/escola_municipal_de_jardinagem/programacao_mensal/. Acesso em: 06 out. 2023.

população atendida. Acreditava que não era papel do fonoaudiólogo trabalhar com jovens infratores, e, tampouco, realizar uma capacitação para o trabalho.

Os profissionais do CECCO colocavam a importância de circular pelo equipamento para conhecer e entender o funcionamento da instituição. Insistiam também na importância da reunião de equipe, que ocorria uma vez por semana. Minha frustração não me permitia escutá-los e seguia perguntando: “cadê os psicóticos?”. Me queixava na supervisão que ocorria durante as aulas: “quero ver os psicóticos”, o supervisor me sugeria: “seja política”, “você tem muito o que aprender com os profissionais de lá”.

Não entendia bem o que o supervisor me orientava e só pude aliviar minha ansiedade de estagiária, meses depois, quando pude colocar em prática uma oficina elaborada por mim e a outra aluna, minha dupla no estágio. A partir da demanda dos usuários, que pediam um espaço para recitar e escrever poesias, criamos a oficina “Poesias e poemas, contos e histórias”. A população que frequentava a oficina era em sua maioria sujeitos com “transtornos mentais” e idosos. De certa forma, me tranquilizei, pois, acreditava que o estágio estava cumprindo seu objetivo, já que estava atuando com os “psicóticos”, a partir de uma especialidade da Fonoaudiologia: a linguagem escrita.

No entanto, não foi exatamente essa experiência o maior aprendizado do estágio, a maior lição estava naquilo que os profissionais e o supervisor me apontavam: a equipe e a política. Depois de muito tempo pude entender o que os profissionais do CECCO diziam sobre a importância de circular pelo equipamento, a reunião de equipe e como isso era relevante para o acolhimento da população. Entendi que a “política” mencionada pelo supervisor, dizia respeito ao funcionamento das instituições públicas sempre constituídas por tais questões.

Apesar da oficina ter apaziguado minha ansiedade, algumas questões me afligiam no encontro com os “psicóticos”: o lugar da Fonoaudiologia e a proximidade dos profissionais e usuários. No relatório final do estágio mencionei a questão que foi direcionada as fonoaudiólogas do CECCO:

Nesse momento, tive dúvidas sobre os limites do CECCO, até onde é saudável a relação entre usuários e técnicos. A fonoaudióloga disse que cada técnico tem uma relação e um modo de agir com os usuários, contou sobre uma usuária que teve um surto no CECCO e queria se cortar com uma faca. Todos os usuários ficaram apavorados e pelo fato dela ter um bom relacionamento com a usuária, a fonoaudióloga conseguiu tirar a faca dela [...] Eu disse que tinha dúvidas de como tratar os psicóticos, até onde podemos ir com eles, nos colocar, falar da nossa vida. Fiz essa questão pois o CECCO parece não ter limites quanto a isso. Elas disseram que depende do paciente e do técnico, ou seja, depende do perfil do paciente e do técnico e da relação que existe entre

os dois. A fonoaudióloga disse para eu fazer o que estava sentindo sem medo de errar. (Diários das oficinas, 16 e 23 de junho de 2003).

Sete anos depois tais questões retornam com maior intensidade em outra experiência no campo da Saúde Mental. Dessa vez, como fonoaudióloga do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil III Sé Amorzeira, no período em que ainda se chamava CAPS infantil Sé II, isto é, quando ainda era modalidade II, o que implica diferenças em seu modo de funcionamento.

Os Centros de Atenção Psicossocial são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. De acordo com a Portaria GM/MS nº 3088, estão organizados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Segundo a Portaria GM/MS nº 336 (2002, p. 01) os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. O CAPSi Sé tinha uma peculiaridade por estar localizado no Centro de São Paulo, onde há uma grande concentração de crianças e adolescentes em situação de rua. De acordo com o Censo de 2019,

24344 pessoas encontram-se nesta condição no município de São Paulo e 60% na região central, desse modo, a maior demanda deste CAPS era tal população.

Havia uma peculiaridade neste atendimento: as crianças/adolescentes não chegavam ao serviço aos “moldes tradicionais”, isto é, não eram trazidas pelos pais, como ocorre geralmente na infância, uma vez que grande parte estava com os vínculos familiares rompidos. Esta população chegava ao serviço de diversos modos, na maioria das vezes, eram trazidos por serviços de abordagem de rua da saúde e assistência social ou pela Guarda Civil Metropolitana. Questões políticas estavam envolvidas, uma vez que, naquele período, havia uma política higienista em vigor no município de São Paulo.

Dessa forma, não havia um responsável que poderia enunciar uma queixa e um pedido de mudança para aquilo que os fazia sofrer, como eu estava acostumada a conceber na clínica com crianças. Nesse sentido, enunciar um pedido de ajuda, via de regra, não ocorria num primeiro momento, muitas vezes nem mesmo o nome verdadeiro era dito no acolhimento pelas crianças e adolescentes.

Além disso, tal população vivia um outro tempo por estarem submetidos ao funcionamento da rua. No primeiro acolhimento, via de regra, a demanda enunciada pelos adolescentes se restringia a “abrigo”, “banho”, “comida”, pedidos para serem atendidos de imediato, acusando a urgência exigida nas ruas. A princípio, o CAPS funcionava em uma lógica ambulatorial, prioritariamente, com grupos, oficinas e atendimentos individuais com hora marcada. O que causava um conflito, pois os adolescentes não compareciam na hora marcada e sim a seu tempo: hora da fome, do “correr”, do banho, da “crise”, etc., ou seja, tentávamos enquadrá-los ao tempo cronológico do serviço.

A partir da tensão do encontro com as crianças e adolescentes, o serviço foi se organizando de modo a acolher a peculiaridade desta população vulnerável. Para acessá-los tivemos que criar dispositivos que não estavam previstos nos procedimentos de um CAPS naquele momento. Assim, construímos o “CAPS na rua”, um acompanhamento que extrapolava os muros do equipamento e chegava na rua, no centro da cidade, nos principais pontos que a crianças e adolescentes habitavam: Anhangabaú, República, Sé e Cracolândia. Como afirma Elia (2015, p. 253):

todo ato clínico será também territorial (...) deverá inscrever-se em uma lógica territorial, no tecido urbano da cidade, e das cidades, se tomarmos a cidade não apenas como o nome do núcleo urbano ampliado e municipal em que o território se situa geopoliticamente, mas como os territórios subjetivos dos usuários, que têm, cada um, mais de uma cidade em seu mapa como sujeito.

Quando cheguei ao CAPS, havia uma expectativa por parte de alguns profissionais de que eu atendesse as crianças que não falavam, fui convocada por uma terapeuta ocupacional para fazer um “grupo de linguagem” com estas crianças. Porém, a rotina do serviço foi me demandando outras intervenções: o primeiro acolhimento que fiz foi de um adolescente em situação de rua e já no meu primeiro dia de trabalho, acompanhei outro adolescente ao AMA³ que estava com questões clínicas.

Pois bem, depois de alguns anos atuando nesse CAPS, me veio a lembrança do estágio no CECCO e logo, pensei: “paguei minha língua!”. Eu estava imersa no atendimento da população que subestimava com meu olhar de estagiária. Se naquele momento tinha certeza de que atender tal população não era um trabalho para a Fonoaudiologia, ao ingressar no CAPS, tinha certeza que era trabalho do fonoaudiólogo atuar com tal população.

Como disse, os CAPS devem funcionar segundo a lógica do território, era isso que esta equipe estava se propondo a fazer, então fui capturada por esta lógica como qualquer outro profissional. Nunca fui questionada no CAPS (equipe ou usuários) por estar ali atendendo esses casos que não tinham uma manifestação sintomática na fala que pudesse justificar a presença do fonoaudiólogo, pois estávamos seguindo o que é proposto que se faça em um CAPS. No entanto, fora do serviço, eram os próprios fonoaudiólogos quem indagavam: “então você não é mais fonoaudióloga?” ou mesmo afirmavam: “fonoaudiólogo não pode estar na Cracolândia!”.

O CAPS tem um certo modelo de funcionamento para garantir o acesso de casos “graves” ao serviço, para isso conta com procedimentos que não estão no escopo da formação de todo fonoaudiólogo, por exemplo, ações de reabilitação psicossocial, práticas expressivas e comunicativas, fortalecimento do protagonismo do usuário, matriciamento de equipes da Atenção Básica, ações de articulação em rede intra e intersetoriais, ações de Redução de Danos, entre outros. Desse modo, apesar de me autorizar a atender sujeitos que não tinham um sintoma na fala como estava acostumada, tinha muitas perguntas ao me deparar com procedimentos e conceitos que não faziam parte da minha prática clínica.

É relativamente recente na formação do fonoaudiólogo a inclusão de preceitos que fundamentam o SUS e a clínica da Atenção Psicossocial. Com exceção do estágio no CECCO, minha clínica, até então, havia sido apenas com atendimentos individuais em um *setting* específico e bem delimitado. O trabalho com outros profissionais e setores se restringiam a reuniões esporádicas para discussão do caso. Ou seja, a formação do fonoaudiólogo ainda está voltada para a atuação em consultórios, muitas vezes numa lógica positivista, em que o olhar

³ Assistência Médica Ambulatorial.

está mais voltado para a doença e, conseqüentemente, o cuidado é fragmentado em especialidades. Peduzzi (2016, p. 200) caracteriza o problema:

Tanto os programas de ensino como professores e estudantes tendem a hipervalorizar o específico, que é sem dúvida importante para a futura atuação responsável e a contribuição que cada profissional fará no cuidado às necessidades de saúde. O que parece insuficiente é limitar a formação dos profissionais de saúde à sua área específica, pois como apontado acima há o crescente reconhecimento da complexidade e abrangência das necessidades de saúde.

Limitada em minha área específica, sob efeito de minha formação, fiquei interrogada ao ingressar no CAPS, uma vez que me deparei com uma novidade em relação ao modo de clinicar. Os atendimentos em grupos e oficinas terapêuticas me inquietavam, pois interrogava a efetividade destes dispositivos e me perguntava se era uma escolha clínica ou um modo de acolher a grande quantidade de usuários de um serviço público. A clínica foi me respondendo que se tratava de um dispositivo efetivo, principalmente para casos graves.

Se estava com receio dos grupos e oficinas, ao chegar no CAPS me espantei com o espaço nomeado como “convivência”, dispositivo de atenção à crise para pacientes que necessitam de acompanhamento intensivo e não suportam procedimentos “tradicionais”, como grupos, oficinas e atendimentos individuais. Trata-se de um espaço aberto de encontro entre usuários e profissionais, sem demandas e sem a imposição de atividades organizadas com um objetivo comum a todos cumprirem, o usuário vai estar como pode estar no momento. O arranjo também não é feito a partir de identidades, seja patologia, idade etc., a heterogeneidade do encontro entre usuários e profissionais de diversas categorias garante os efeitos e a potência do espaço. Acredito que este seja o espaço mais importante e potente, uma vez que é ele quem configura o serviço como um CAPS.

Fui aprendendo o que era a chamada “convivência” na “vivência” da rotina do serviço e nos questionamentos que foram se impondo à equipe a partir do encontro com os usuários. Fui vivenciando sua efetividade também para os casos que não estavam em crise, por exemplo, as crianças/adolescentes em situação de rua, geralmente, não suportavam estar em atendimento individual, grupos ou oficinas, o que colocava a convivência como a melhor possibilidade para o acompanhamento.

Anteriormente, minha prática clínica previa sessões de 45 minutos, em que esgotado o tempo do atendimento, o paciente voltava para sua casa. O acolhimento dessa população excedia qualquer possibilidade de contagem num tempo cronológico e, também, de um retorno

para casa. A princípio, me assustava com o número de fatores que eram incluídos em nosso raciocínio clínico no acolhimento destas crianças, pois, pareciam ultrapassar a função de um profissional de saúde, como por exemplo: pensar onde eles passariam à noite de modo protegido. A oficina “Crer-cer” foi começando a fazer sentido para mim, pois, aos poucos fui entendendo que ali somos representantes do Estado e nossa função é dar acesso a saúde como instituído no artigo 196 da Constituição (1988): “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Para isso era preciso garantir seus direitos como cidadãos também em outros setores. Desse modo, o tempo do atendimento não era o cronológico, era o tempo do sujeito, que inclui o tempo de garantir seus direitos.

Peduzzi (2020, p. 13) coloca que o trabalho em equipe é imprescindível para enfrentar a complexidade das “necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada”. Nesse sentido, a gravidade dos casos atendidos demanda uma equipe de profissionais com conhecimentos diversos. Trata-se de uma abordagem fundamentada na integralidade do cuidado, que se distancia da lógica das especialidades “cada um faz a sua parte”. É preciso furar o saber absoluto das especialidades, o que significa destituir a equipe de um conhecimento totalizante sobre os usuários. A equipe precisa sustentar um não saber para se distanciar da lógica manicomial em que o médico é soberano e tudo sabe sobre o paciente. Nas palavras de Elia (2015, p. 253):

No que concerne com à sua relação com o saber, a equipe (...) deve despir-se de sua posição de especialista para que cada uma se faça permeável a todo e qualquer tipo ou modalidade de intervenção, de ato clínico, de afazer que se apresente no cotidiano, ao invés de, convocado a intervir, transferir a convocação ao colega que supostamente estaria mais habilitado, do ponto de vista técnico, a fazer o que precisa ser feito.

O mais importante da composição em equipe no CAPS, então, é que as especialidades ficam diluídas e cada um contribui com o seu saber nas discussões e manejo dos casos. É preciso suspender as técnicas de cada especialidade para garantir o aparecimento do sujeito, para isso, o clínico precisa se “despir” de seu conhecimento de técnicas e instrumentos que recortam o olhar para a doença e determinada parte do organismo para sustentar o que é singular e imprevisível do encontro com o sujeito.

Encontro que fura qualquer tentativa de padronização de métodos e procedimentos que sejam anteriores ao instante clínico. O profissional está lá com seu corpo, sem uma atividade para direcionar ou protocolos para seguir, há um “corpo a corpo” com o usuário que desnuda o profissional. É uma clínica de efeitos em que o clínico é afetado pelo sujeito no instante clínico

e vice-versa, sendo assim, é o profissional e seu corpo que faz a potência do lugar. Exatamente porque a potência do trabalho em equipe está na diversidade e no desejo dos profissionais, como aponta Elia (2015, p. 252):

embora necessariamente multiprofissional, composta por profissionais de diferentes formações, com diferentes diplomas e filiados a diferentes conselhos profissionais em termos do marco legal que rege o exercício de suas respectivas profissões, a equipe do CAPS é necessariamente desespecializada. Não se trata de interdisciplinaridade, nem mesmo de transdisciplinaridade, mas de um princípio ainda mais radical: o da desdisciplinaridade.

Apesar de ter pouco contato com os conceitos e diretrizes do SUS, ao chegar no CAPS me “sentia em casa”, pensava que havia sido formada para atuar ali, pois acreditava que tinha subsídios teóricos para sustentar minha posição, o que parece relativamente contraditório ao raciocínio que apresentei até o momento. No entanto, apesar dos profissionais precisarem se despir da posição de especialista frente aos usuários, isto é, o fonoaudiólogo não vai se basear nas especialidades da Fonoaudiologia para guiar seu trabalho, acredito que havia uma especificidade em minha formação que norteava minhas intervenções.

Trata-se do aporte teórico do Grupo de Pesquisas “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, instituído a partir da reflexão original da Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, hoje coordenado por ela e pela Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes. As pesquisadoras tomam distanciamento das práticas clínicas ortopédicas que caracterizam o campo da Fonoaudiologia ao assumir que a linguagem não é objeto manipulável, nem comportamento modelável.

O grupo segue a trilha da teorização de Aquisição de Linguagem proposta por De Lemos (1982; 1992; 2002), - que faz uma releitura do Estruturalismo Europeu (Saussure e Jakobson) a partir da interpretação realizada pelo Psicanalista Jacques Lacan que aborda a estruturação do sujeito e seus modos de presença na estrutura da língua.

A proposta se apoia no pressuposto teórico da solidariedade entre estruturação do sujeito e estruturação da linguagem. Parte-se do reconhecimento da ordem própria da Língua, ou seja, de que a linguagem tem funcionamento regido por leis de referência interna que determinam os movimentos da fala. Movimentos esses que são sempre singulares já que não há fala sem falante. Trata-se de entender que o efeito sintomático da perturbação/ausência de fala não deixa de dizer, em palavras de Lier-DeVitto (2003), de modos singulares de enlaçamento de um corpo pelo Outro.

Considerar os movimentos singulares na fala e a relação do falante com a linguagem permite ao clínico de linguagem uma escuta singular para o sujeito. Isto porque, nos casos de “transtornos mentais graves e persistentes” ou que há impossibilidade de se estabelecer laços sociais, há “um furo no corpo da fala” (Lier-De Vitto, 2001, p. 249), que diz de uma posição do sujeito na linguagem. Esta articulação estruturação psíquica x funcionamento da Língua, proporciona ao clínico de linguagem uma escuta que garante uma especificidade no campo da Saúde Mental.

Como já dito, eu me autorizava a estar no CAPS, isto é, eu não indagava se eu era fonoaudióloga ou não ali, minha questão não tinha a ver com a especialidade, mas sim com uma posição clínica: me perguntava o que fazer com meu corpo na convivência. Sem me dar conta, a questão levantada no estágio do CECCO retornava para mim. Ao ingressar no CAPS me assustou a proximidade com os usuários e a quantidade de horas em que ficávamos em contato com eles, sustentando uma posição clínica. Como disse, estava acostumada com o paciente ir embora após 45 minutos de sessão, no CAPS ficávamos horas no corpo a corpo com o usuário e eu temia perder minha posição clínica ali. Fato é que com as especialidades diluídas há uma linha tênue em que a atuação dos profissionais pode se reduzir a “qualquer coisa”. A minha questão é como garantir que esse espaço de atuação, o mais potente do CAPS, não se reduza a “qualquer coisa”? Nesse sentido, questiono o que é o corpo do clínico no CAPS? No meu caso, para singularizar questão tão ampla, o que é o corpo do fonoaudiólogo/clínico de linguagem no CAPS? Qual o lugar da especificidade do fonoaudiólogo?

Levanto a hipótese de que a garantia de uma clínica, para que o trabalho não se reduza a “qualquer coisa”, está no efeito de uma teorização que marca o corpo do clínico e constitui uma escuta para o usuário. O que permite um ato no instante clínico, podendo ou não ter efeito de interpretação no corpo do sujeito. Havia um arcabouço teórico que atravessava meu corpo e me sustentava em qualquer espaço do CAPS. Nesse sentido, questiono “de que se trata essa teorização que marcou meu corpo?”. Acredito, que era afetada pelas teorias da clínica de linguagem, como mencionado, mas, também, fui sendo marcada pelas diretrizes do SUS, da Política Nacional de Humanização (PNH) e Clínica da Atenção Psicossocial durante meu percurso no serviço.

Para encaminhar a discussão, o método utilizado foi um estudo qualitativo em duas etapas: (1) levantamento bibliográfico e (2) construção de narrativas clínicas. Assim, este trabalho é de natureza teórico-clínico. A opção pelas narrativas clínicas foi feita pois este método permite o “estudo *da* clínica e não de *uma* em especial. Amparada em seus princípios

teóricos e técnicos, a clínica permite ser descrita, observada e analisada em suas práticas, a partir de diferentes contextos, vistos como *recortes* de uma situação institucional” (ENDO, 2017, p. 125). Trata-se de uma decisão metodológica coerente com a perspectiva teórica adotada, que privilegia a singularidade do caso.

Para realizar uma articulação entre teoria e prática, utilizei o material clínico de minha experiência como fonoaudióloga no CAPS infantil Sé, do período de 2010 a 2016. A coleta de dados foi realizada em prontuários clínicos, atas das reuniões de equipe e anotações pessoais. A pesquisa tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, devido a utilização do material clínico acima citado. Os nomes dos sujeitos foram modificados devido ao compromisso com o sigilo, privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos pacientes.

Foi construída a narrativa de três casos em que atuei como profissional de referência, como já dito, o objetivo foi analisar minha posição, isto é, destaquei fragmentos do material clínico que apontam para decisões que tomei para dar direção aos casos, a partir do corpo teórico da Clínica de Linguagem. Explorei, também, como fui me desconstruindo e construindo um corpo clínico através das diretrizes do SUS e preceitos da Clínica da Atenção Psicossocial.

Os casos escolhidos foram aqueles que mais me afetaram no período em que estive no equipamento, isto é, aqueles que produziram marcas em meu corpo. Trata-se de três adolescentes em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas. Além de serem os casos que mais me instigaram, explicitavam a questão central deste trabalho: a especificidade da atuação do fonoaudiólogo e a construção do corpo de um clínico, já que não eram casos que apresentavam manifestação sintomática na fala.

O método utilizado não opera com a cisão sujeito-objeto das chamadas ciências duras, trata-se de um modo de produzir conhecimento no campo da saúde, a partir da perspectiva do pesquisador “*in-mundo*”. De acordo com Abrahão *et al.* (2013, p. 134-135):

o pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado.

Dessa forma, o pesquisador não é neutro, uma vez que está tão implicado na situação, que ao levantar questões, interroga a si mesmo e sua própria significação enquanto sujeito nesse

processo. Há um tingimento do pesquisador com o campo, assim, ele produz ação política e “contamina-se”, uma vez que a construção da investigação se dá em ato.

Segundo Oliveira (2021, p. 63) os pesquisadores devem estar “sujos” ou “melados” (imundos) do fenômeno que se propõe a explorar. O termo faz uma brincadeira com o pronome “in” na língua inglesa que, no caso, quer dizer: “no mundo”. Assim, os pesquisadores devem estar submetidos aos afetos causados na relação com outros sujeitos, trata-se de um “aprendizado com o corpo e pelo corpo”.

Seguindo esta linha do pesquisador “*in-mundo*”, o ponto definido como central em cada caso foi aquele que me produzia angústia, em que o “corpo a corpo” me assustava e reatualizava a questão colocada já em minha primeira experiência na Saúde Mental. Trata-se de cenas em que acreditava estar saindo de minha posição clínica devido à proximidade com os usuários. Nesses instantes era tomada por um imperativo “não pode!”, pois em meu imaginário estava “traíndo” os preceitos da clínica de linguagem. Devido a mudança de setting, me vi em situações que pensava que não poderiam acontecer, pois, assim, eu não estaria sendo clínica.

Apesar de não ceder ao imperativo e não me esquivar do encontro com os adolescentes, o imperativo “não pode” me assombrava. Procurei destrinchar nos casos apresentados os lugares em que tal imperativo emergia, assim, pude elevá-lo ao estatuto de questão. Desse modo, durante a escrita dessa tese, fui transformando o imperativo “não pode” em pergunta: “o que era meu corpo ali?”. Ao tornar esse ponto de angústia como lugar de reflexão sobre a clínica, entendi que eram esses os lugares que precisavam ser teorizados. O “não pode” virou “o que é isso?”, ponto de “virada” para mim enquanto clínica, pois nesses momentos fui me despindo da especialidade e ao mesmo tempo construindo uma clínica.

Seguindo esta trilha, no capítulo 01 apresento a história da Fonoaudiologia na Saúde Mental, a partir de uma revisão de literatura. Discorro sobre os impasses e os caminhos ainda a serem percorridos para solidificar a atuação do fonoaudiólogo neste campo. No capítulo 2, trago a Clínica de Linguagem, teorização que me deu subsídios para sustentar e direcionar minha prática no CAPS.

Nos capítulos seguintes, a partir da discussão de três casos: João, Pedro e Kelly, procuro ilustrar como o serviço foi sendo construído, a equipe instituída e como mudanças operaram em mim enquanto clínica. Apresento os casos na ordem cronológica em que foram acolhidos para apreender além da construção do equipamento, o contexto político em que cada um chegou ao CAPS. Percorro os dispositivos criados pela equipe e aqueles instituídos nas portarias,

utilizados como direção ao tratamento dos três adolescentes. Procedimentos e dispositivos que não estavam no escopo da formação do fonoaudiólogo.

Dessa forma, no capítulo 03 apresento João para discutir como a teorização da clínica de linguagem me sustentou e como fui sendo formada a partir das diretrizes do SUS e clínica da Atenção Psicossocial. No capítulo 04, a partir do caso de Pedro, realizo uma articulação entre a Política de Redução de danos, Clínica de Linguagem e Psicanálise, como possibilidade de direção para o tratamento dos usuários de substâncias psicoativas. Na sequência, no capítulo 05, trago a construção de um trabalho para garantir o acesso da população em situação de rua ao serviço: o CAPS na rua. Atuação que foi alvo da violência do Estado, e por isso, no capítulo 06, discuto a “desorganização” e reorganização do trabalho durante e após a “Operação Sufoco”, a partir da entrada de Kelly no equipamento.

Nos capítulos seguintes, faço uma reflexão sobre as modalidades de tratamento para usuários de substâncias psicoativas: a internação de longa permanência, no capítulo 07, e a unidade de acolhimento, no capítulo 08. Procedimentos que divergem entre si, em relação a concepção de sujeito e clínica. Percorro o percurso singular dos adolescentes nos equipamentos, uma vez que cada um foi afetado de modo diferente nos mesmos dispositivos. Por fim, no capítulo 09, discuto o final do tratamento, ou seja, o desfecho dos casos. Assim, trago a minha trajetória e a de João, Pedro e Kelly pelo CAPS infantil Sé.

01 FONOAUDIOLOGIA E SAÚDE MENTAL: PASSOS E IMPASSES

O Sistema Único de Saúde foi implantado na década de oitenta, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Note-se que é recente o estabelecimento deste novo modelo de atenção ao cuidado, que institui outro olhar para o processo saúde-doença. Nas décadas de 70 e 80, o fonoaudiólogo começa a ser inserido nos serviços públicos, movimento que ganha força após o estabelecimento do SUS.

O primeiro passo do fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental ocorre na década de 90, quando é instituída sua presença nas equipes multiprofissionais de ambulatórios especializados (Brasil, 1992). Em 2002, o fonoaudiólogo passa a ser opção para compor a equipe de Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (Brasil, 2002). Desse modo, assim como o estabelecimento do SUS é recente, a atuação do fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental é ainda “novidade” e pouco discutida no âmbito da Fonoaudiologia.

Passados alguns anos, a presença do fonoaudiólogo ainda é optativa na composição das equipes de Saúde Mental, de acordo com as portarias que regem tais serviços (Brasil, 2002; 2011). Nesse sentido, há impasses para a Fonoaudiologia sustentar um lugar na Saúde Mental, apesar de cada vez mais haver fonoaudiólogos inseridos nos serviços públicos e na Rede de Atenção Psicossocial, ainda há passos a serem dados para que o lugar do fonoaudiólogo seja solidificado.

Há um estranhamento em relação a esta prática, principalmente, dentro do campo da Fonoaudiologia, de modo geral, o fonoaudiólogo ainda é visto como profissional da “Reabilitação” e não da “Saúde Mental”. Isto é, suas práticas estão amplamente voltadas para reabilitar as alterações da fala, voz, motricidade oral e audição, que tem como base o pensamento positivista. Desse modo, a terapêutica, normalmente, se estabelece em atendimentos individuais em um *setting* delimitado e tem como principal modo de atuação os consultórios e clínicas privadas.

Parto do princípio de que há lugar para o fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, afirmado a partir de minha experiência clínica e a de outros fonoaudiólogos que atuam nesse campo⁴, mas que precisa ser solidificado por uma teorização consistente, a fim de não se reduzir a uma experiência intuitiva.

Diante do exposto, o objetivo deste capítulo é refletir sobre o lugar do fonoaudiólogo na Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva. A partir de uma leitura crítica das produções da

⁴ Ver Lykouropoulos; Herrero (2015), Barbosa (2011; 2019), Herrero (2021), Almeida (2010; 2014).

área, procurei realizar uma reflexão acerca da seguinte questão: quais os passos e impasses para solidificar o lugar do fonoaudiólogo nos serviços da Atenção Psicossocial Especializada?

Para fazer um levantamento dos trabalhos na área, realizei uma revisão bibliográfica não sistemática através de uma busca automática nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram utilizados os seguintes descritores na língua portuguesa: *Fonoaudiologia e Saúde Pública, Fonoaudiologia e Saúde Coletiva, Fonoaudiologia e Saúde Mental*.

Os critérios de inclusão para a seleção foram artigos publicados em português nos referidos bancos de dados, na íntegra, que retratavam a atuação do fonoaudiólogo na Atenção Especializada e Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Não foi delimitado um período de publicação com o intuito de ampliar a busca.

Ao utilizar os descritores em cada base de dados, foram encontrados: 171 artigos na base Scielo, 220 artigos na base LILACS, 55 artigos na base Pubmed. Foram excluídos 8 artigos que se repetiram nas bases de dados, havendo 439 artigos em potencial. Após análise dos títulos, descartaram-se 423, pois não se tratavam de trabalhos no âmbito do Sistema Único de Saúde, restando apenas 16 artigos para realizar a leitura na íntegra. Foram excluídos estudos que tinham como recorte a Atenção Básica, uma vez que tais artigos ainda estavam focados no trabalho do fonoaudiólogo a partir das especialidades, principalmente nas patologias de linguagem, tema que não interessa a esta discussão. Desse modo, após a leitura na íntegra, foram selecionados 6 artigos: quatro que tratavam especificamente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um que traz uma experiência em um Centro de Atenção Integrado de São Paulo (CAIS) e um que discute o trabalho do fonoaudiólogo em enfermaria de Hospital Geral.

Apesar desta tese tratar da atuação do fonoaudiólogo nos CAPS, devido ao número reduzido de artigos encontrados, incluí também aqueles que trazem experiências em outros serviços da rede especializada e hospitalar para ampliar a discussão. Após leitura crítica dos artigos, foi possível levantar quatro pontos importantes para refletir sobre os impasses e possíveis caminhos para solidificar o lugar do fonoaudiólogo na Saúde Mental:

- 1) Mudanças no modelo de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que transforma a atuação do fonoaudiólogo.
- 2) Impasses na formação e posição do fonoaudiólogo na Saúde Coletiva.

- 3) Principais conceitos e diretrizes do SUS importantes para a formação do fonoaudiólogo.
- 4) A especificidade do fonoaudiólogo na Atenção Psicossocial Especializada: teorizações sobre linguagem/comunicação.

Trago tais pontos para discussão, a partir das contribuições dos pesquisadores dos artigos analisados. Faço uma articulação com as diretrizes que compõe o Sistema Único de Saúde e levanto algumas questões junto com os autores, incluindo outras teorizações para complementar a discussão. No item 4, amplio a discussão e trago o trabalho de duas fonoaudiólogas que considero pioneiras no estabelecimento da Fonoaudiologia na Saúde Mental, mas que não foram contempladas na busca pela base de dados. Trata-se de Elaine Herrero e Cristiana Lykouropoulos, as trajetórias profissionais das fonoaudiólogas se confundem com a história da Fonoaudiologia na Saúde Mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com o princípio da desinstitucionalização, estabelece uma transformação nas práticas e concepções terapêuticas para as pessoas com transtornos mentais graves/persistentes e que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Procura-se superar o modelo asilar/manicomial hegemônico na Psiquiatria Brasileira, deslocando tais sujeitos das instituições para a comunidade. Trata-se de uma mudança para um modelo que leva em conta a singularidade, isto é, o foco está no sujeito e não na doença. Nos hospitais psiquiátricos imperava a soberania do poder médico na direção de tratamento e os doentes eram silenciados. Na contramão disso, o movimento da Reforma Psiquiátrica tem como premissa a autonomia e protagonismo dos sujeitos, visando a participação coletiva no processo de gestão.

Para este novo modelo, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial que são constituídos nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2002). Os CAPS devem constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. As práticas estruturantes do CAPS trazem novos conceitos como “interdisciplinaridade”, “intersetorialidade”, “território”, “rede” e “integralidade” para direcionar o cuidado. Trata-se da clínica da Atenção Psicossocial, que segundo Arce (2014, p. 1005) se afasta “da atenção unicamente ambulatorial, individual, medicalizada, centrada no diagnóstico e distante da realidade onde cada criança se insere”.

A equipe mínima para atuação em um CAPS infanto-juvenil II deve ser composta por um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002). Como já dito, a presença do fonoaudiólogo é optativa na composição da equipe.

Apesar disso, a inserção de fonoaudiólogos nos CAPS vem crescendo gradativamente, em pesquisa de Trenche *et al.* (2015, p.610), foram mapeados 289 CAPS no Estado de São Paulo, em 31 deles havia a presença de fonoaudiólogos. Dentre eles, 46,7% atuavam em CAPS infanto-juvenil. No entanto, ainda é tímida a presença do fonoaudiólogo nestes serviços, uma vez que há impasses para que sua presença seja de fato legitimada.

A mudança de paradigma da Reforma Psiquiátrica exige transformações nos modelos de atenção à saúde e gestão, o que implica definição de novos perfis profissionais. Há um descompasso entre a formação do fonoaudiólogo e a implementação de modelos assistenciais consoante aos princípios e diretrizes do SUS, quando a formação se baseia apenas no modelo de atenção biomédico, que tem a doença como seu objeto (Trenche *et al.*, 2015).

A aproximação com a Medicina, presente historicamente na construção da profissão, deixou marcas importantes. O modelo biomédico de atenção exerce influência no modo como o fonoaudiólogo concebe e define os sintomas de linguagem. Como consequência, a Fonoaudiologia hegemonicamente priorizou a reabilitação clínica centrada no indivíduo e nas patologias, segundo Arce (2014, p. 1008): “tendo como principal local de atendimento o consultório, valorizando especialmente o conhecimento técnico-científico em detrimento do conhecimento acerca dos determinantes sociais que marcavam os sujeitos e suas histórias”. Hessel (2020) traz o mesmo ponto de vista e expõe que a atuação fonoaudiológica no SUS manteve a atuação individualista e reabilitadora, não surtindo efeito na comunidade e nos órgãos competentes. Para Trenche *et al.* (2015, p. 610):

Os profissionais formados nessa perspectiva têm demonstrado dificuldades para exercer novas práticas e novos saberes necessários para consolidar as propostas da reforma psiquiátrica, desacelerando o processo de construção do cotidiano dos serviços que trabalham no modelo da atenção psicossocial.

Desse modo, o fonoaudiólogo, em seus primeiros movimentos para constituir este “novo” campo de atuação, como já afirmava Mendes (1999, p. 215), acabava por “tomar a

saúde pública como um outro espaço físico para efetuação de práticas tradicionais da área”. Devido a este modo de se posicionar e pelas marcas do discurso médico presentes em sua história, talvez o fonoaudiólogo não tenha o espaço merecido nas portarias e, conseqüentemente, nos serviços da Atenção Psicossocial Especializada, pois, ainda é visto como um profissional da “Reabilitação” e não da “Saúde Mental”.

Em suma, o Sistema Único de Saúde subverte o modo de atenção e gestão à saúde, quando não toma mais a doença como seu objeto, o que traz a importância de a Fonoaudiologia trilhar o mesmo caminho nos serviços públicos. Para atuar na Saúde Mental é necessário um esforço para pensar a prática do fonoaudiólogo além da reabilitação de transtornos e sintomas na fala, na audição, na voz e na motricidade orofacial. O que implica, de acordo com Barbosa *et al.* (2020a), repensar a terapêutica disciplinar a partir do sofrimento psíquico dos usuários e, também, em relação às características dos serviços onde o fonoaudiólogo atua. Assim, se faz necessário romper uma suposta dicotomia entre reabilitação dos distúrbios da comunicação e Atenção Psicossocial.

Arce (2014, p. 1010), marca uma ampliação da atuação do fonoaudiólogo para as questões sociais, a partir de procedimentos realizados nos CAPS:

(...) a inserção de novos dispositivos clínicos na realidade do fonoaudiólogo, como o acolhimento, o atendimento em grupos, as reuniões intersetoriais, as oficinas e a intervenção durante o lanche, evidenciaram a superação dos limites dos consultórios na construção da clínica fonoaudiológica. Esta inserção propiciou uma aproximação à realidade social que marcava as histórias das crianças e de suas famílias, permitindo maior compreensão acerca da produção social do processo saúde-doença-cuidado em relação aos transtornos mentais.

O autor coloca que ainda são poucos trabalhos que articulam a atuação do fonoaudiólogo com a perspectiva da Atenção Psicossocial. Afirma que a Fonoaudiologia deve ultrapassar a barreira teórica de teorizar apenas sobre a clínica de crianças com quadros de transtornos mentais, principalmente TEA e Transtornos invasivos do desenvolvimento e deve começar a falar de saúde mental e da clínica da atenção psicossocial, para fortalecer seu papel político na Reforma Psiquiátrica e na defesa do cuidado destas crianças. Treche *et al.* (2015, p. 610) seguem o mesmo posicionamento, colocam que, neste modelo, os profissionais não atuam isoladamente e não se fecham a um saber ou especialidade. E dada a complexidade dos casos, as práticas envolvem questões biológicas, sociais e econômicas, assim, as intervenções

ultrapassam as fronteiras da saúde para a constituição de atuações intersetoriais (educação, trabalho, assistência social, transporte etc.).

Aprofundo a reflexão iniciada pelo autor, pois acredito que é ponto central nesta discussão. Salvo as diferenças entre campos, trago alguns autores da Psicanálise para levantar questões, uma vez que a discussão acerca da entrada do psicanalista nos serviços públicos encontra-se mais avançada.

Ao refletir sobre sua atuação dentro do campo da Saúde Mental, os psicanalistas passaram a se estabelecer em outros espaços para além de um setting mais “tradicional” configurado com divã dentro de um consultório particular. Elia (2013, p. 01) explica que tal atuação excede o campo da saúde:

A atenção psicossocial pode ser entendida, como sua própria composição nominal indica, uma modalidade de atenção em saúde, no caso, saúde mental. No entanto, se o primeiro termo do binômio insere esta categoria no campo da saúde – ela é uma modalidade de *atenção em saúde*, o segundo termo – *psicossocial* – está destinado, senão a retirá-la deste campo, pelo menos a fazê-la transbordá-lo, extravasá-lo, *tanto quanto a própria loucura o extravasa*.

O autor (2013, p. 05) esclarece a partir dos princípios que fundam e fundamentam o CAPS, que se trata de “um polo de direitos e de encarnação de uma política de sustentação da loucura no laço social, avessa e combativa a toda prática de exclusão, segregação e internação não acompanhada” o que leva o profissional a assumir posição política e extrapolar a área da saúde.

Numa discussão sobre a presença da Psicanálise nas instituições, Laurent (2011, p. 08) afirma que os analistas têm que assumir posição de “analista cidadão”,

(...) no sentido que tem esse termo na teoria moderna da democracia. Os analistas precisam entender que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia, mas entendê-lo de verdade! Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora.

Para ele, os psicanalistas não devem apenas escutar, mas precisam saber transmitir o que tem de humanidade. Analista cidadão é aquele que sai do silêncio e opina sobre as coisas, sobre as transformações técnico-científicas dos ideais e sobre o novo aparato que se produz, só assim tem influência sobre o contexto atual. Deve também avaliar as práticas da civilização e os procedimentos de segregação em uma sociedade:

tudo isto deve permitir, espero, tirar-nos do que foi aquela posição de exclusão de si mesmo, de exílio de si mesmo, de sua própria posição, cujo resultado foi o suposto analista furado, o analista que caiu no próprio buraco produzido por sua prática: o buraco dos ideais. Por outro lado, na minha opinião, o analista que não se queixa, o analista que toma partido nos debates, o analista útil e cidadão, é perfeitamente compatível com as novas formas de assistência em saúde mental, formas democráticas, anti-normativas e irredutíveis a uma causalidade ideal (LAURENT, 2011, p. 13).

O autor (2011, p. 08) vislumbra como deve ser a rede da Saúde Mental e como o psicanalista deve estar implicado no campo:

pedimos uma rede de assistência em saúde mental que seja democrática e, como acontece efetivamente na fórmula que se tem utilizado, seja capaz de respeitar os direitos de cidadania dos sujeitos que estão nesse campo e nesse marco concreto da saúde mental. Nesse sentido, os analistas, junto com outros, devem incidir nessas questões, tomar partido e, por meio de publicações, por meio de intervenções, manifestar que querem um tipo determinado de saúde mental. Não uma instituição utópica ou um lugar utópico, mas precisamente formas compatíveis com o fato de que, se já não há ideais, só resta o debate democrático. Isso não é o silêncio.

Trata-se de utilizar a teoria e método psicanalítico para fazer leituras e se posicionar acerca da sociedade. Elia (2018, p. 04) traz uma leitura do contexto político atual no Brasil e denuncia a farsa da “democracia burguesa, em que o jogo do poder é guiado pelos que detém o controle do capital”. O pesquisador aponta para as consequências do capitalismo para a “ciência” (ou para o que é chamado de “ciência” atualmente), que se tornou um conjunto de procedimentos protocolares, passíveis de prova (evidência) elementar e tem como pressuposto a determinação orgânica em tudo que é chamado de comportamento. No campo da Saúde Mental, tem como principais representantes a psiquiatria organicista e a psicologia comportamental, o autor alerta que tais práticas não são, de fato, científicas, uma vez há um reducionismo metodológico e conceitual.

Para Elia (2018, p. 06), a ciência está refém do capitalismo, o que nos faz reféns, no campo da Saúde Mental, das indústrias de psicofármacos, que de acordo com o autor, é a segunda indústria do mundo em faturamento, só perdendo para a de armamentos. Cenário desanimador, “macabro”, nas palavras do autor, uma vez que são essas duas indústrias economicamente mais poderosas do mundo que regem as políticas públicas da área de saúde. O que nos leva ao contexto que vivemos atualmente no Brasil a “remilitarização da cidade, a criminalização da pobreza, a patologização e a medicalização das questões que lá denominamos

psicossociais (loucura, doença mental, uso abusivo de drogas como crack, etc.)” (Elia, 2018, p. 06). O que, obviamente, tem implicações diretas no modo de cuidado: métodos comportamentais, medicamentoso e internações como resposta ao “inadequado” ou “patológico”.

Cenário atual, mas não necessariamente uma novidade, uma vez que apesar dos esforços da Luta Antimanicomial, repetimos e retrocedemos nos últimos anos para a lógica que tentamos extinguir. Nos últimos quatro anos, o cenário piorou drasticamente em todas as esferas de poder (federal, estadual ou municipal), alega-se que não há comprovação por evidências científicas da eficácia da clínica realizada nos CAPS, tomando como direção a extinção dos serviços alinhados com a Reforma Psiquiátrica, principalmente no atendimento de autistas e de usuários de substâncias psicoativas.

Ainda com Elia (2018, p. 06) é preciso sempre colocar em questão o “casamento da ciência com o capitalismo” que produziu esse “rebento bizarro e monstruoso” chamado “medicina do comportamento”, nas palavras do autor. Atualmente é chamado de “ciência” na sociedade aquilo que se aplica na vida das pessoas “depressão, vícios, obesidade, compulsões diversas, humor, etc.” Desse modo, o capitalismo criou “novos sintomas contemporâneos”, de acordo com Stevens (2011, p. 34):

as anorexias, os *boderlines*, a depressão, as toxicomanias, o autismo, os fenômenos psicossomáticos. Enfim, o autismo, pela imprecisão da sua conceituação na psiquiatria atual, e a toxicomania, pelo fascínio que exerce no legislador e na mídia, participam, também, desse mesmo desaparecimento da clínica – no sentido clássico do termo – em benefício de novas categorias de gozo, sem, no entanto, aceitar indicar em que elas consistem.

O autor alerta para um “desaparecimento da clínica” em detrimento do aparecimento dessas patologias. Por não se pautarem a partir desta lógica e modo de conceber o sintoma, os psicanalistas produziram um dizer sobre tais categorias, não se retirando do debate:

O que dizer das novas patologias? Anorexia, depressão, personalidade narcísica e toxicomania aparecem mais como comportamento que como sintomas. A questão não é comer ou vomitar, estar triste e cansado, produzir uma demanda insaciável ou querer gozar imediatamente, sem a difícil aparelhagem dos sexos. O sintoma analítico interroga o ser e apresenta-se como resposta do sujeito, enquanto essas patologias não se apresentam como uma questão colocada a partir da falta-a-ser e sim, como uma maneira de ser e até mesmo de viver, ou seja, de gozar. O que não é a mesma coisa. (Stevens, 2011, p. 35).

O debate levou a uma discussão sobre a presença do analista para além dos consultórios, uma vez que é a partir desses “rótulos” e “nomenclaturas”, em suas formas mais “graves” que os sujeitos são acolhidos nas instituições de Saúde Mental. Então como resposta a este cenário de desaparecimento da clínica e emergência dessas formas de patologia, que fazem resistência à elaboração da questão do sujeito, os analistas entenderam a importância de sua presença nas instituições. Debate polêmico, pois, há uma incompatibilidade entre os objetivos das instituições e a noção de cura do tratamento analítico, o que faz alguns psicanalistas recusarem tal prática. No entanto, como nos explica Zenoni (2002), os analistas começaram a perceber que seu dever não era escutar o sujeito apenas em seu consultório e passaram a intervir em pontos específicos da sociedade: nas redes de proteção, nas práticas institucionais e sociais, nas políticas de saúde mental.

Rosa (2004, p. 01) segue o mesmo raciocínio e concorda que o sujeito da contemporaneidade trouxe impasses ao psicanalista, que o incitaram a propor novas formas de intervenção. A pesquisadora (2004, p. 01) explica que se trata de limites dos modelos de tratamento conduzidos no consultório e não de limites da teoria, método, prática e ética da Psicanálise frente ao sujeito contemporâneo e suas expressões de sofrimento. O que ocorre, por exemplo, com a toxicomania: “o que está em debate são as estratégias de intervenção frente às atuais manifestações sintomáticas, assim como as modalidades de sua extensão na prática psicanalítica extramuros” (Rosa, 2004, p. 01). Desse modo, o psicanalista precisou se implicar nessas novas “categorias” e tecer uma articulação do sujeito com a cena social.

Os autores alertam que a prática do psicanalista implica uma ética a ser introduzida e sustentada nas instituições de Saúde Mental. Rosa (2004, p. 02) coloca que a Psicanálise não pode se tornar uma especialidade que busca “refrear o gozo em nome da convivência, do prazer ou da realidade”. Completo com Laurent (2011, p. 37), quando afirma que “nossa ética deve ser a de uma clínica de cada caso, em oposição às generalizações do discurso psiquiátrico vigente”.

Em suma, os “analistas cidadãos” produziram um dizer sobre as “categorias” de mal-estar/sofrimento contemporâneas decorrentes do capitalismo, isto é, não se abstiveram ao debate e criaram modos de intervenção como resistência a este cenário. Passaram a estabelecer suas práticas para além dos muros dos consultórios: em instituições, na rua, no sistema público, etc.

Tal discussão coloca em evidência que a saúde está funcionando de um modo mercadológico e novas patologias foram criadas visando o lucro com seus tratamentos

hegemônicos, em que se perde de vista a ética com o sujeito. Trata-se de uma ampla discussão, mas que podem dar luz ao fonoaudiólogo para solidificar sua atuação neste campo. Acredito que atuar na Saúde Mental é assumir posição política. É preciso incorporar o “espírito psicossocial”, termo definido por Elias (2018, p. 251) como:

tomar a tarefa da saúde mental para além de suas fronteiras sanitárias, incluindo em seu campo a relação dos que sofrem com o laço social, nele situando a posição de sujeito que eles assumem e agindo de modo a afetar esta posição, sempre na ampliação dos horizontes territoriais, as “cidades” que cada sujeito constrói para si em um mesmo espaço social. (Eliá, 2015, p. 251).

Para além de um alargamento do campo de trabalho, o fonoaudiólogo precisa *transbordar, extravasar* o que entende como saúde e seu campo de atuação, precisa “sair da caixa”. Se me pergunto na introdução deste trabalho, o que é o corpo do clínico no CAPS, acredito ser importante iniciar a discussão a partir do pressuposto de que o corpo do fonoaudiólogo deve ser político.

O método do fonoaudiólogo não pode se restringir ao contexto clínico, uma vez que sua prática cotidiana deve ser constituída para garantir a dignidade e direitos humanos, buscar benefícios a coletividade, proteger a integridade humana, promoção da equidade, responsabilidade social e ter conhecimento sociocultural (Código de Ética da Fonoaudiologia, 2021). Trata-se de se responsabilizar pelo que ultrapassa os consultórios e limites de sua prática, por exemplo, o desenho das políticas públicas que estão no país. É importante estabelecer, cada vez mais, representatividade nos espaços de “controle social” na esfera pública que convoca o profissional a se responsabilizar pelo funcionamento dos serviços e pela construção de políticas públicas em espaços coletivos junto com usuários e gestores.

É preciso tomar posição não apenas no setor da saúde, mas em todos os setores que garanta direitos ao cidadão, como a Educação, Justiça, Direitos Humanos etc. Nos últimos anos, as políticas públicas vêm sendo reformuladas de modo a garantir o interesse de pequena parcela da população que detém o poder econômico do país. O que está regendo tais mudanças, claramente não é a saúde e os direitos humanos, mas sim os interesses econômicos das grandes empresas. Como consequência, temos a privatização da saúde no setor público com a gestão das Organizações Sociais de Saúde (OSS)⁵ e a proliferação de convênios da rede privada. Além

⁵ O Governo Federal, por meio da Lei nº 9.637/1998, criou a possibilidade de qualificar uma instituição do terceiro setor - entidade privada sem fins lucrativos - como Organização Social, de modo a atuar em parceria formal com o Estado e colaborar na provisão de serviços públicos previstos na Constituição Federal. A Organização Social de Saúde (OSS) é uma entidade sem fins lucrativos que, após qualificada em processo público, habilita-se a fazer um

de impedir o acesso da população à saúde, a rede particular tem como pressuposto uma lógica positivista, organicista e médico centrada, em que o sujeito é fragmentado em especialidades. O tratamento é voltado para partes do corpo e tem a medicação como principal recurso. Lógica insuficiente no campo da Saúde Mental e contrária aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A inserção na Saúde Mental pede ao fonoaudiólogo uma atuação na cidade, isto é, direcionar sua prática a partir do sofrimento do sujeito que tem seu mal-estar atrelado a lógica que rege a sociedade contemporânea. Miller (2011, p. 14) aponta que os critérios para definir a “loucura” não estão desvinculados da sociedade em que estamos inseridos:

No uso comum que temos em Paris – o senso comum, ademais, sempre tem razão – a maneira de expressá-lo é dizer que não se poderia confiar em determinada pessoa para atravessar a rua com uma criança. Parece-me um verdadeiro critério de saúde mental. Podemos ver assim, por exemplo, que no campo, quando não havia ruas e menos ainda automóveis, os modelos da saúde mental eram muito mais relaxados do que hoje nas cidades, onde há uma circulação automobilística intensa. E quanto mais intensa, mais exigente é a saúde mental. Não sei se isso teria comprovação estatística; é um tema que poderíamos propor aos nossos amigos cientistas: a correlação entre os modelos da saúde mental e o estado da circulação dos veículos.

As questões da Saúde Mental estão intrinsicamente articuladas ao funcionamento das cidades, por isso é preciso olhar a sociedade em que vivemos para entender, opinar e criar estratégias de atuação. O sofrimento do sujeito contemporâneo é de responsabilidade do fonoaudiólogo mesmo quando não se trata de manifestações que comprometem diretamente suas áreas de especialidades (audição, motricidade oral, voz, linguagem, etc). Por exemplo, os índices de suicídio de adolescentes vêm crescendo de modo desenfreado nos últimos anos, fato que é de responsabilidade do fonoaudiólogo como um profissional da saúde, mesmo que aparentemente não haja alterações na audição, deglutição, fala, voz etc.

Sob efeito do sistema capitalista, procura-se ampliar o campo de atuação do fonoaudiólogo a partir da criação de novas especialidades. Isto é, numa lógica fragmentária, cada vez mais se recorta o paciente em partes do organismo e criam-se subdivisões e novas divisões de suas especialidades a partir de patologias. Por exemplo, não é mais suficiente ao

contrato de gestão com o Estado para gerenciar uma unidade de saúde. A entidade fica responsável por abastecer a unidade, dar manutenção e fornecer mão de obra para a execução das atividades. Para isso, o contrato de gestão prevê um repasse mensal à entidade, que fica responsável por atingir todos os resultados previstos no próprio contrato e cumprir metas quantitativas e qualitativas.
Disponível em: https://www.comunicacao.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/09/v.5-Cartilha_OSS.pdf.
Acesso em: 06 out. 2023.

fonoaudiólogo ser especialista em linguagem, é preciso também ser especialista em “apraxia da fala”, o que aponta também para fragilidades em sustentar teoricamente a especificidade de sua clínica. Como resultado, criam-se diversos cursos de especialização para atuar com as novas “especialidades” e patologias, movendo assim o capital e não a saúde.

Atualmente, sentimos tais efeitos também na rede privada, em que os convênios decidem a direção de tratamento de seus “clientes”, modo como o paciente é nomeado, explicitando a lógica mercadológica. Os convênios definem o tipo e a frequência do tratamento, por exemplo, para o Transtorno do Espectro Autismo, impondo uma única forma de tratamento e estabelecendo até a carga horária dos profissionais. Obviamente o tratamento escolhido é o mais lucrativo, não está entre os critérios do convênio a saúde do sujeito.

É preciso olhar para os efeitos disso para a população: como pensar em garantia de direitos quando o olhar está voltado para partes do organismo? Além disso, enquanto a prática do fonoaudiólogo permanecer, prioritariamente, voltada para os consultórios, estamos dando acesso ao fonoaudiólogo à apenas uma camada privilegiada da população que possui recursos financeiros para dispor de atendimentos em consultórios e clínicas privadas. É preciso se debruçar sobre a questão para buscar garantir acesso a população mais vulnerável, indo na contramão da desigualdade social e fazendo valer os princípios do SUS: “equidade”, “universalidade” e “integralidade”.

Por fim, é preciso que a Fonoaudiologia estabeleça teoria, método, prática e ética para a condução destas questões. O que está em debate são as estratégias de intervenção frente ao sofrimento do sujeito que excedem os lugares específicos de sua especialidade e pensar modalidades de sua intervenção na prática extramuros. Trata-se de entender os fenômenos sociais e políticos que constitui a sociedade que vivemos e retirar daí direções para constituir uma prática que exceda as patologias e leve em conta o sujeito contemporâneo e os discursos e instituições que o atravessam. Visualizo com Rosa (2004, p. 04) o que pode ser um caminho ao fonoaudiólogo:

Denunciar é diferente de enunciar, mas pode proporcionar esse efeito, não para erigir novo mestre, mas como produtor de um impasse que possibilite recriações. Recriações de espaços institucionais que permitam colher o desamparo do sujeito, promovam o seu engajamento, que tenham especificidades, que diferencio de especializações.

Trata-se de sustentar um compromisso com o sujeito e não com o capital, rompendo com o discurso dominante para recriar sua atuação a partir daí.

A Fonoaudiologia precisa dar passos, mas não podemos perder de vista aqueles que já foram dados. Há um trabalho importante que vem sendo feito por fonoaudiólogos que atuam como trabalhadores, gestores de serviços públicos ou na formação de novos profissionais, que estabeleceram nosso lugar na Saúde Mental e Saúde Coletiva. Há, também, muitos fonoaudiólogos que atuam na rede privada que assumem posição política e se filiam a coletivos, fóruns, se articulam junto aos conselhos de classe, universidades para questionar, debater e criticar as práticas ditas de “saúde” atuais e pensar novas formas de intervenções a partir de suas especificidades. O impasse é que ainda são movimentos isolados que acabam por perder sua força, por não serem ações coletivas dentro da classe. A questão é que tais mudanças devem ser institucionalizadas na prática e formação do fonoaudiólogo.

Em suma, a mudança de concepção da Reforma Psiquiátrica leva a uma reorganização das ações e serviços públicos, que exige uma mudança de paradigma ao fonoaudiólogo. Para romper com a clínica tradicional e os limites do consultório, todos autores dos artigos pesquisados ressaltam a importância das diretrizes do SUS para a formação do fonoaudiólogo. Interessante notar que entre os conceitos e diretrizes que regem o SUS, os pesquisadores elegem como principais para a formação do fonoaudiólogo a “integralidade” e “interdisciplinaridade”.

De acordo com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, o conceito de integralidade está entre os princípios doutrinários do SUS, junto com a universalidade e equidade, sendo definido como “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, p. 03). Tal conceito subverte a lógica de cuidado até então presente, centralizada na soberania do poder médico e na fragmentação do sujeito, em que cada profissional ou serviço se encarrega de uma determinada parte do organismo do paciente.

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde “Clínica Ampliada e Compartilhada”, a “integralidade” leva a um cuidado interdisciplinar ao romper com o modo tradicional de cuidado em que os profissionais ficavam com uma “responsabilidade parcial sobre ‘procedimentos’, ‘diagnósticos’, ‘pedaços de pessoas’, etc.” (Brasil, 2010a, p. 16-17). Busca-se uma alternativa a “referência e contrarreferência”, isto é, a lógica de encaminhamentos de um serviço ao outro, ou de um profissional ao outro, sem implicação.

Para sustentar tais princípios, foi criada a Política Nacional de Humanização, que teve influência de conceitos da Reforma Psiquiátrica e propõe o trabalho em equipe e a experimentação de novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e

circulação de poder. Os conceitos norteadores desta política são acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, formação e intervenção. Tal diretriz deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS, portanto, os serviços da Atenção Psicossocial Especializada devem funcionar a partir desta lógica.

A “Clínica Ampliada” utiliza como instrumento a “equipe/profissional de referência” e o “Projeto Terapêutico Singular”. Trata-se da construção de condutas terapêuticas articuladas, a partir da discussão do “caso clínico” por equipe interdisciplinar, com o objetivo de “fazer a história de vida” do usuário, isto é, construir uma narrativa do caso a partir das diferentes leituras dos profissionais envolvidos. Desse modo, afasta-se da valorização do diagnóstico psiquiátrico e da medicação como única forma de tratamento. Todos se responsabilizam pelo usuário e direção do tratamento, visando garantir uma ação integrada da equipe, em que todas as opiniões são importantes para criar propostas terapêuticas.

A gravidade dos casos atendidos em um CAPS, ou seja, a complexidade da Saúde Mental, também responde pela necessidade de uma ação integrada em equipe em que o cuidado não pode ser reduzido a ações isoladas de diferentes categorias profissionais. Rompendo com uma lógica em que cada especialidade daria a sua direção de modo individual e fragmentado.

Não é coincidência os autores elegerem os mesmos conceitos como primordiais para uma mudança de posição, que, como já dito, ainda tem sua prática submetida ao pensamento positivista, que leva o fonoaudiólogo a uma atuação que reduz o falante a “boca-orelha” (Benini, 2006, p. 369). O conceito de “integralidade” impõe um olhar para o usuário, procura garantir um compromisso com o sujeito e não mais fazer “recortes” dos pacientes em partes ou patologias. E a atuação com outros profissionais não se restringe mais ao “cada um faz sua parte (...) [há] a ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas” (Brasil, 2010a, p. 16-17). Promovendo uma mudança de posição na relação com outras disciplinas e setores, não se trata mais, por exemplo, de apenas realizar reuniões esporádicas e pontuais com outros atores. Neste modelo, o projeto terapêutico singular é feito por todos os profissionais e setores, não há hierarquia entre eles.

Com “a ampliação do objeto de trabalho” das categorias profissionais, há procedimentos comuns a todos profissionais independente de sua especialidade. Nesse sentido, o fonoaudiólogo não atua apenas quando há uma queixa/demanda fonoaudiológica, expandindo o olhar para o sujeito a partir de outra concepção de saúde e cuidado. No entanto, não se deve perder de vista a importância da especificidade, concordo com Hessel (2020), quando diz que

é preciso buscar uma “clínica fonoaudiológica ampliada”, a partir dos embasamentos teóricos da profissão.

Em virtude disso, para o fonoaudiólogo sustentar seu lugar na saúde mental, se faz necessária uma discussão sobre a especificidade da Fonoaudiologia. É preciso solidificar seu lugar com uma teorização consistente sobre linguagem/comunicação para sua prática não se reduzir a uma experiência intuitiva.

Há diversas concepções teóricas que podem sustentar a atuação do fonoaudiólogo na Saúde Mental, para a maioria dos pesquisadores o que sustenta essa prática é o fato do fonoaudiólogo ser o profissional que cuida da “comunicação”. Trago o trabalho dos profissionais que fazem um esforço de teorização, mas ressalto que ainda são poucos que assumem posição para sustentar teoricamente tal prática. Início a discussão com os trabalhos de Elaine Herrero e Cristiana Lykouropoulos, como já disse, pioneiras nesta área.

Elaine Herrero fez parte dos primeiros passos da luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, portanto é uma das principais autoras da Fonoaudiologia neste campo. A pesquisadora (2015) iniciou sua trajetória na Saúde Mental (e a de muitos fonoaudiólogos que vieram depois dela) em 1985, no ambulatório de Franco da Rocha, município da cidade de São Paulo que carrega uma marca singular: o “Complexo Hospitalar do Juqueri”⁶. O ambulatório tinha como proposta o atendimento à demanda de saúde mental em equipe multiprofissional, composta por adultos, adolescentes e crianças habitantes da região. As demandas que chegavam à fonoaudióloga eram crianças com alterações de linguagem e aprendizagem, poucos adultos eram encaminhados para seus cuidados.

Nos trilhos do trem de São Paulo para Franco da Rocha, Herrero teve contato com atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira que tinham a expectativa de transformar o Juqueri. Neste diálogo promissor, a fonoaudióloga teve contato com conceitos como: “transferência”, “abordagem grupal”, “análise institucional”, comuns aos profissionais tradicionalmente atuantes na Saúde Mental. Assim fez uma primeira articulação entre esse repertório de saberes e a Fonoaudiologia, com isso, fez algo muito maior, abriu caminhos para a Fonoaudiologia na Saúde Mental. (Herrero; Lykouropoulos, 2015).

⁶ O Complexo Hospitalar do Juqueri, primeira instituição brasileira dedicada ao tratamento dos chamados "alienados" da sociedade, para onde eram enviados desde pessoas com doenças mentais a "improdutivos" — em resumo, a massa indesejada que ocupava as ruas de São Paulo e incomodava a elite paulistana. Ao longo das décadas, o local foi considerado o maior hospital psiquiátrico do Brasil, uma instituição marcada pela superlotação, maus tratos, privação de liberdade, torturas, estupros e outras violações de direitos humanos. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/edicao/juquery/#page4>. Acesso em: 06 out. 2023.

Durante sua trajetória, Herrero (2013) acompanhou na prática as mudanças políticas que foram consequência do processo de desinstitucionalização, por exemplo, a transição dos Ambulatórios e Hospitais Dias para os Centros de Atenção Psicossocial e a criação de CECCOs. Outras mudanças foram motores para continuar a luta, como a implantação do Programa de Atenção à Saúde (PAS) no município de São Paulo na gestão de Paulo Maluf, em que os profissionais que não aderiram ao programa foram transferidos para outros setores. Além disso, ela vem travando uma luta contra a precarização e privatização da saúde, a fonoaudióloga viveu o desmonte da equipe de um CAPS que ajudou a construir devido a mudança da gestão direta da Prefeitura de São Paulo para uma Organização Social. O resultado foi a transferência de profissionais para outros equipamentos e o rompimento do vínculo estabelecido com os usuários. Atualmente, Herrero atua em um Centro de Convivência e Cooperativa, experiência tratada em sua tese de Doutorado e que trago para a discussão sobre a especificidade da Fonoaudiologia.

A luta que empreendeu na prática ajudou a construir sua atuação, a pesquisadora tem em sua clínica subsídios do arcabouço teórico da Reforma Psiquiátrica. Herrero (2021) conta sua experiência na construção de uma oficina de linguagem num CECCO, em sua prática e teorização é possível reconhecer que tem como base teórica autores importantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da constituição do SUS, como Amarante (1994), Delgado (2001, 2019), Pitta (2001), Yasui (2010), entre outros.

Tais autores trazem mudanças no conceito de saúde e sujeito, que conformam novas tecnologias, trazendo mudanças para a clínica. A pesquisadora (2021, p. 33) dá ênfase as noções de “território” e “rede” em sua experiência, nas palavras da autora “uma rede de sustentação, uma rede de relações, uma rede de afetos, rede de relações afetivas que se estabelece no território”. Sustentada pelo conceito de saúde enquanto produção, Herrero (2021) aponta que o conceito de rede afetiva deve ser tratado na mesma cena em que são postos os conceitos: “encontro”, “heterogeneidade” e “(inter)subjetividade” dada a implicação entre eles. Teorização que não será aprofundada, uma vez que usei como recorte a concepção de linguagem para discutir a especificidade de sua atuação, mas está imbricada com sua prática de modo exemplar, é possível perceber os efeitos de tal teorização em sua clínica.

Na rotina de seu trabalho, a coordenadora do CECCO demandou para a fonoaudióloga, a criação de um espaço em que os usuários pudessem se preparar para declamar suas poesias no Sarau da unidade. Isto é, um pedido para que eles pudessem treinar e assim, “expressar-se melhor” no evento do serviço. Diante da demanda, Herrero percebeu a suposição de que seu

trabalho como fonoaudióloga tivesse como objetivo “uma estética do bem falar”, que a colocava no lugar constituído a este profissional de lidar com os “distúrbios de linguagem” e a “correção da fala”. No entanto, a pesquisadora questiona se seria este o lugar do fonoaudiólogo e o que de fato seria “esse expressar melhor”. A autora (2021, p. 75) não atendeu estritamente o pedido da coordenadora, mas visualizou:

(...) um lugar em que o sujeito, na sua singularidade e na singularidade de sua palavra, fosse acolhido. Um lugar em que a forma de apresentar a palavra não estivesse fixada em padrões de adequação (certo ou errado), mas em que ela fosse um elemento na composição/produção subjetiva.

O CECCO possui uma heterogeneidade em relação a população atendida, a autora exemplifica: “donas de casa, idosos, pessoas com transtorno mental, crianças, mães e filhos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua” e coloca que todos têm em comum o lugar de falantes, então, a linguagem circula entre eles. A heterogeneidade dos frequentadores do equipamento foi um desafio para a fonoaudióloga, pois a convocava para atuar a partir de outro lugar, que não era o da especialidade, mas ao mesmo tempo era impossível negar ou apagar sua especificidade, segundo ela, foi preciso desconstruir um perfil para construir outro.

Assim, criou uma oficina a partir de sua posição teórica, que concebe a “linguagem enquanto comunicação humana, não só como forma, mas como representação de mundo, como palavra que expressa o sujeito” (Herrero, 2021, p. 74). Com Benveniste (1995), a pesquisadora afirma que se afasta da ideia simplista que reduz comunicação a transmissão de mensagens, uma vez que o autor a inclui no campo simbólico. A autora (2021, p. 75) esclarece que segundo o autor: “é na e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito” e o que caracteriza a linguagem humana é a sua infinita possibilidade comunicativa.

A definição de linguagem vem também com Groisman e Jerusalinsky (1989) que trazem à reflexão a noção de atividade discursiva. Para eles, a linguagem não é apenas instrumento para comunicação, o sujeito é ativo, pois está presente no que diz, a língua é algo mais que um instrumento do pensamento, é o lugar onde o sujeito habita. Nesse sentido, Herrero (2021, p. 67) afirma:

Ela, a linguagem, é ponto de origem e sustento da subjetividade, opera a mediação estrutural das relações intersubjetivas, está na base da cultura, modula o conhecimento. É por meio da linguagem que afetamos e somos afetados pelo outro, no sentido que somos sempre convocados em nossa posição subjetiva, convocados a nos apresentar via posições discursivas.

A pesquisadora esclarece que só é possível encontrar o sujeito no discurso, nunca fora dele, isto é, há aí a língua e “um sujeito desejanete”. O que se afasta da concepção de linguagem como ferramenta de comunicação (presente no pedido da coordenadora para uma boa expressão ao recitar), uma vez que, para a autora, falar é um ato de subjetividade, portanto escapa a intervenções reeducadoras e ortopédicas. A linguagem é alinhada a uma noção de comunicação enquanto elo entre pessoas.

Assim, a partir de tais teorizações sobre linguagem e comunicação e, também, por esta ser uma das especialidades do fonoaudiólogo, nasceu a “oficina (**radicalmente**) de linguagem”. O termo “radicalmente” aponta para uma ênfase dada pela pesquisadora, pois a “comunicação” é utilizada como recurso na oficina. Segundo ela (2021, p. 72), não se comunicar é contingência da exclusão do social, por isso espaços mobilizadores de linguagem são importantes para um trabalho na Saúde Mental, uma vez que abre aos usuários a “possibilidade de lidar com a palavra de uma maneira criativa e constitutiva”. Para a autora, trata-se uma rede intersubjetiva, uma rede de afetos incluída em uma rede de atenção ao outro. Assim, ela nomeia sua oficina com um bordão do maior comunicador do rádio e da TV brasileira, o Chacrinha: “*Quem não comunica se trumbica*”.

Uma oficina de linguagem: a oficina, enquanto dispositivo privilegiado na produção de saúde, é uma instância que pode afetar a qualquer um, exatamente no seu ponto de urgência. Em outros termos, o frequentador de uma oficina é enlaçado na falta, no ponto que provoca um apagamento em sua subjetividade, um apagamento que a fala (aqui incluído o silêncio) pode revelar (Herrero, 2021, p. 84).

A fonoaudióloga (2021, p. 68) aponta que uma oficina de linguagem é constituída por três pilares: “o protagonismo dos sujeitos, a potência criadora das relações estabelecidas na cena social e a própria linguagem, sustentação do espaço estrutural em que a movimentação subjetiva vai se dar”. É um espaço em que a circulação do discurso e criação de sentidos permitem a ampliação e construção de laços, sustentando as diferenças entre os usuários, e assim, torna-se um lugar de empoderamento e inclusão social.

Trata-se de uma “produção de sentidos”, a autora compara ao processo de um artesanato, no qual “as palavras vão deslizando, se entrelaçando, repousando no entremeio, brincando com o silêncio, numa trama sempre inédita, num interdizer particular, no prazer de uma existência completamente humana”. Cria-se um tecido de e com a linguagem, ao mesmo tempo que “os sujeitos constroem relações, constituem-se enquanto falantes, derivando em subjetividades”

(Herrero, 2021, p. 68-69). Segundo a pesquisadora, as palavras amarram as relações e sustentam a cena social.

O que está em jogo na “oficina de linguagem” é a “linguagem como campo do sujeito, é a captura do sujeito em sua fala, na sua dança entre as diferentes posições discursivas que vão encaminhá-lo para diferentes posições subjetivas” (Herrero, 2021, p. 70). Os frequentadores da oficina, não necessariamente pelo transtorno mental ou pela situação de vulnerabilidade, pareciam silenciados, por não se apropriarem do discurso ou por não ter valor para seus interlocutores. Segundo a autora (2021, p. 70), este é um dos piores “confinamentos” e na oficina, os usuários podem “apropriar-se das palavras, circular entre e com elas, as suas e as do outro, criar histórias, frases, brincar com elas e reconhecerem-se como falantes”. Sendo assim, Herrero conclui que é um espaço de “empoderamento”, pois o sujeito assume lugar de protagonista que tem vez e voz, o que contribui para a construção de novas possibilidades e condições de vida.

Há uma distinção fundamental na oficina denominada pela autora como “radicalmente de linguagem”, mais do que um espaço atravessado pela palavra como todas as oficinas são, essa assume um compromisso radical com a diferença do e no discurso, isto é, localiza a linguagem no “coração da cena”. A pesquisadora esclarece que o dispositivo é o mesmo que tantos outros, a especificidade está no objeto manejado: é a diferença, é a linguagem. Nesse sentido, o sujeito se apresenta na palavra (o que inclui, necessariamente, o silêncio), assim, usuários e técnicos precisam sustentar o que é singular em cada fala: “a falha, o tropeço, o inusitado, o incompreensível, o mesmo” (Herrero, 2021, p. 86) o que demanda, ao escutar o outro, disponibilidade psíquica, energia, cuidado, empatia e generosidade.

Para ela, aí está o ponto principal da oficina: “interessa a fala”. Trata-se de um espaço em que vai interessar “um transitar na língua, representar-se no discurso. Vale reafirmar, trata-se da língua enquanto morada do sujeito e não enquanto ferramenta ortopédica de sua comunicação ou mesmo espaços de expressão”. Com isso, o diálogo é elemento importante, definido pela autora como “espaço de encontro, nos mais diferentes sentidos da palavra encontrar: descobrir, deparar-se, situar-se, colidir, enfrentar, receber, reunir, sentir”. Nesse sentido, a especificidade das oficinas **radicalmente** de linguagem é tomar a palavra como objeto de atenção, o que significa reconhecer o outro enquanto sujeito-falante e, também, o próprio sujeito se reconhecer enquanto falante potente (Herrero, 2021, p. 70).

A fonoaudióloga supõe que a palavra está na base da constituição da existência humana. Por isto, a proposta de “preparar para declamar poesias” imediatamente foi interpretada como

“libertar a palavra para o sujeito enunciar” em qualquer manifestação: declamando poesias, conversando, reclamando, solicitando, narrando... E, nesse caso, quando o sujeito tropeça, esquece, erra, troca, fala algo inusitado, silencia, escorrega entre palavras, interessa ao fonoaudiólogo. Herrero coloca que a palavra confere ao usuário vez e voz, o que lhe constitui sujeito, isto é, lá, onde está a palavra, está o sujeito, isto é, a singularidade de uma subjetividade.

Em suma, trata-se de um espaço para circulação da/na linguagem, que aposta num “vir a ser” do ponto de vista discursivo, quer dizer, um sujeito que expressa sua singularidade e assume lugar de protagonista, um cidadão do ponto de vista social. A pesquisadora esclarece que circular no discurso é andar pelas diferentes posições constitutivas da estrutura da linguagem e, para tanto, o operador mais fértil e vigoroso é exatamente a suposição (antecipada) de que o outro é sempre sujeito. Finalizo com as palavras da autora (2021, p. 129):

Ora, ao analisar esta oficina, pode-se depreender que sua contribuição, enquanto um dispositivo, é provocar encontros de palavras e sujeitos. É por meio das palavras que esses artesãos lutam com seus Minotauros (solidão, loucura, exclusão, discriminação) em seus labirintos, tecem fios, tramas, diferentes composições de “tecidos histórias”. Tecidos com fios de heterogêneas cores, que se misturam e provocam potência de vida e saúde.

Passo, agora, para o trabalho de outra fonoaudióloga, a qual sua história também se confunde com a história da Fonoaudiologia neste campo. Cristiana Lykouropoulos iniciou sua trajetória no Ambulatório de Saúde Mental da Lapa em 1992, no qual a equipe era referência na rede de saúde e pioneira nos movimentos da Reforma e nos processos de desinstitucionalização de pacientes dos hospitais psiquiátricos. Foi na prática do serviço, que a fonoaudióloga aprendeu o que significa “ações de acolhimento”, “convivência”, “redes de cuidado”, termos comuns nas políticas de Saúde Mental. Assim, sua presença no ambulatório promoveu uma articulação entre tais saberes e a Fonoaudiologia. Posição assumida pela autora em todo seu caminho até os dias atuais, que foi (e ainda é) essencial para o estabelecimento do trabalho do fonoaudiólogo neste campo. (Herrero; Lykouropoulos, 2015).

Desde sua entrada no ambulatório, assim como Elaine Herrero, Cristiana Lykouropoulos vivenciou na prática as mudanças nas políticas públicas para a Saúde Mental no Brasil, por exemplo, participou da transição do ambulatório referido para se tornar um CAPS infanto-juvenil. De fonoaudióloga passou a coordenação do serviço e, posteriormente, migrou para a Interlocação de Saúde Mental em uma Supervisão Técnica de Saúde no município de São Paulo. Levando sua atuação e discussões para outras instâncias, abrindo, assim, ainda mais nossos caminhos.

Atua também nos principais órgãos da Fonoaudiologia: Conselho Regional, Federal e Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Neste último, foi responsável pela criação do Grupo de Trabalho em Saúde Mental do Departamento de Saúde Coletiva. Junto com Herrero, organizou o primeiro livro sobre o tema: “Fonoaudiologia e Saúde mental no trem da Reforma”, que reúne a experiência de fonoaudiólogos neste campo. A autora também contribuiu com a formação dos fonoaudiólogos através de supervisão clínica e institucional.

Em seus trabalhos, Lykouropoulos defende que o papel do fonoaudiólogo seja pensado a partir das atuais políticas de saúde, isto é, as diretrizes do SUS e suas bases conceituais devem nos guiar para o cuidado em saúde mental. Problematiza a atuação em uma clínica transdisciplinar, nesse sentido, concorda com os autores já mencionados, que o cuidado do fonoaudiólogo não se encerra no recorte da especialidade, nem pode mais se restringir à identificação de patologias da comunicação e utilização de procedimentos técnicos ancorados nas teorias de reabilitação. Ao mesmo tempo, para a pesquisadora, é preciso tornar consistentes as práticas que tangem o campo da comunicação, como potência de produção de saúde e cuidado psicossocial. Apontando para a importância de o fonoaudiólogo não perder a sua identidade profissional na construção deste campo. (Lykouropoulos; Herrero, 2014, p. 1289).

As autoras apontam a importância da especificidade da fonoaudiologia para este trabalho:

Ora, se entendermos que a dificuldade central nesses casos é uma perturbação da constituição psíquica dos sujeitos em sua relação com o mundo, o trabalho mediador de comunicação em todas as suas formas de manifestação pode significar uma estratégia potente de atenção e cuidado. (Lykouropoulos; Herrero, 2014, p. 1289).

Para as pesquisadoras, estamos sob efeito da linguagem, uma vez que esta permeia as relações sociais, assim, oferecer espaços mobilizadores de comunicação é uma estratégia que concorre para o não adoecimento mental. Conforme afirmam Lykouropoulos; Péchy (2016, p. 93):

Aqui fazemos a transposição do conceito de laço social para a dimensão dos elos a que se está submetido na infância e adolescência, dada a condição de dependência inerente a este ciclo de vida. Elo, como elemento de ligação, de mediação com os campos sociais. Nesse sentido, não há crianças e adolescentes sem elo de existência, o que há são elos saudáveis ou iatrogênicos que precisam ser identificados e cuidados a tempo de não causarem marcas insuperáveis no desenvolvimento psicossocial.

A autora define “a linguagem como potência de produção de saúde nas relações sociais e nos processos de cuidado”. Nesse sentido, o fonoaudiólogo intervém nos modos pelos quais os sujeitos em sofrimento psíquico circulam e usam a linguagem. Assim, abre possibilidades de elaboração e ampliação das condições e da qualidade da comunicação pessoal e interpessoal (Barbosa; Lykouropoulos; Souza, 2016).

Dessa forma, o papel do fonoaudiólogo é potencializar as interações comunicativas, isto é, propiciar a interlocução e realizar a mediação da comunicação dos usuários com o mundo, desse modo, o resgata como sujeito social. A escuta para os sintomas fonoaudiológicos se amplia para a percepção de possibilidades singulares para cada usuário, tomando não mais a doença como protagonista, mas sim o sujeito. Sendo assim, se faz necessária à criação de espaços de circulação discursiva e comunicação saudável com o intuito de promover alternativas de comunicação, expressão e relações com o outro e com a comunidade, podendo levar a ressignificação das rotas de vida. (Lykouropoulos; Herrero, 2014, p. 1290-91).

Nesse sentido, a Fonoaudiologia atua nas bases de construção das relações sociais, promovendo saúde mental por meio de uma comunicação que se faça mais fluente e efetiva entre todos. Nas palavras das pesquisadoras (2014, p. 1292), a potência da intervenção fonoaudiológica na Saúde Mental está em:

- Constituir e sustentar o papel de interlocutor ativo e efetivo
- Atuar com o sujeito que fala e não com a patologia que o cala
- Considerar os desdobramentos que a comunicação tem para a saúde e os riscos que ela representa para a doença
- Acreditar na diferença que a transformação da comunicação opera no estabelecimento dos laços sociais e na transformação da vida.

Em suma, as autoras colocam que o fonoaudiólogo tem um papel importante, uma vez que, para elas, a comunicação é um aspecto significativo na determinação das condições psicossociais dos sujeitos e nas suas possibilidades de desenvolvimento. Para as pesquisadoras, é possível legitimar a atuação do fonoaudiólogo nas equipes de saúde mental na ótica de uma clínica ativa e transversal, assim, defendem que o saber da Fonoaudiologia tem muito a contribuir para a saúde mental da população.

Na sequência, trago o trabalho de Barbosa, que inicia sua trajetória em solo um pouco mais sólido através das experiências de Lykouropoulos e Herrero (2014). Barbosa *et al.* (2020^a) coloca que a Fonoaudiologia tem lugar de destaque na equipe do CAPS infanto-juvenil no que

diz respeito ao trabalho com Transtorno do Espectro do Autismo, pois a dificuldade de comunicação é um dos sintomas/sinais que caracterizam este quadro. O lugar do fonoaudiólogo ainda é sustentado a partir de sintomas presentificados no corpo da fala, mas há distância das práticas corretivas presentes na fonoaudiologia tradicional. O que provoca mudanças em sua intervenção: “utilizar a linguagem como potência de reconhecimento do outro e de interação social, o que é diferente de combater uma suposta ausência de linguagem da criança” (Barbosa *et al.*, 2020^a, p. 10). O foco não está mais na remissão do sintoma da fala, mas na linguagem como potência para a relação com o outro.

A discussão segue sob a ótica do trabalho com os pais, em que o fonoaudiólogo tem como objetivo criar possibilidades para eles qualificarem seu investimento na comunicação com a criança, através de uma escuta clínica que produz “efeitos sobre o sujeito”. Para os pesquisadores (2020^a, p. 11), é preciso “escutar os não-ditos”, isto é, não tomar a queixa de “modo literal e por meio de atitudes prescritivas de como fazer isso ou aquilo”, mas sim implicar os pais como “coautores do cuidado”. O intuito é “provocar os pais sobre os modos de ver sua criança, na direção de tomá-los como um legítimo outro, um interlocutor válido”. Os autores concluem que o fonoaudiólogo ocupa lugar de alteridade aos pais, uma vez que estes “percebem que a comunicação vai além da fala, por isso podem significar os gestos, olhares, expressões corporais e faciais do filho como linguagem, melhorando a qualidade das relações” (Barbosa, 2020^a, p. 10).

Ainda nesta perspectiva, Barbosa e outros pesquisadores (2020b), entre eles Lykouropoulos, afirmam que a prática fonoaudiológica tem como objetivo ampliar as condições e o repertório comunicacional, a circulação discursiva e social de sujeitos em sofrimento mental. Segundo os pesquisadores, a especificidade do fonoaudiólogo está em seus conhecimentos e suas *expertises* clínicas sobre aspectos e dimensões envolvidos com a comunicação humana e com seus eventuais distúrbios. No entanto, para estruturação de uma escuta e elaboração do Projeto Terapêutico Singular é importante o cuidado compartilhado, isto é, a composição com outros saberes da equipe do CAPS.

Trata-se da importância da interdisciplinaridade, a Fonoaudiologia é vista, pelos autores, como o núcleo responsável pelos estudos e clínica dos Distúrbios da Comunicação Humana. Nesta linha, a comunicação humana é definida como “função e potência da linguagem, no sentido de um desejo inelutável, aquele de se comunicar com o outro e de por este ser acolhido, pois esta é uma condição incontornável para a emergência e estruturação do humano” (Barbosa *et al.*, 2020b, p. 02-03). E a linguagem é entendida:

(...) em sua condição de processualidade humana, que opera como jogo diferencial de signos, engendrando diferenças nos processos de singularização e de constituição subjetiva de pessoas e grupos, contornando as dimensões orgânica e simbólica do funcionamento do corpo humano.

Diante dessa concepção, as questões de linguagem não se manifestam apenas na materialidade da fala, mas também no não dito e em comportamentos cuja inteligibilidade encontra-se bloqueada pelo transtorno mental, mesmo quando não há distúrbio de comunicação específico.

Nesse sentido, a “escuta clínica” torna-se principal dispositivo que deve cumprir a função de transitar dos conteúdos manifestos aos latentes, permitindo as mediações que conduzem à elaboração das demandas clínicas. O que quer dizer, que tal “escuta” não é qualquer, mas guiada por uma teorização, uma vez que “há um *modus operandi* e técnico da escuta, que gera interpretações do que não é dito pela literalidade das palavras” (Barbosa *et al.*, 2020b, p. 09). A especificidade da “escuta” do fonoaudiólogo aparece aí, o que permite ao profissional colocar seus saberes destinados a tratar das dificuldades de comunicação a serviço do campo da saúde mental.

Em outra perspectiva, trago o trabalho de Almeida, Cunha, Souza (2013), que trata da clínica com adultos num Centro de Atenção Integrado de São Paulo (CAIS). A partir das demandas endereçadas ao fonoaudiólogo, colocam a importância de uma certa concepção de linguagem para sustentar o trabalho. Raciocínio que ainda tem como base as especialidades do campo, uma vez que tais demandas ainda são vinculadas às áreas de atuação. Porém, trata-se de uma discussão extremamente relevante para a Fonoaudiologia, pois são raros os trabalhos que tocam a intervenção do fonoaudiólogo com adultos

De acordo com os pesquisadores (2013, p. 25), a maioria dos sujeitos que passaram por atendimento fonoaudiológico no CAIS apresentou comprometimento na linguagem oral, mais especificamente “ausência de oralidade”: “em sua maioria, os pacientes estudados são apáticos e/ou utilizam uma linguagem própria, às vezes parecendo falar outra língua” Nessa concepção, a linguagem é explicada, a partir de um comprometimento orgânico: “alterações articulatórias e vocais associadas à motricidade orofacial (particularmente resultantes de problemas dentários) e ao uso de medicamentos, respectivamente” (Almeida; Cunha; Souza 2013, p. 33).

Nesse sentido, os fatores externos são determinantes para o modo como o sujeito se comunica: “destituídos de circulação social e de legitimidade discursiva, muitos desses sujeitos protegem-se no silêncio, no devaneio e no delírio, [o que torna] suas vozes inaudíveis ou

ininteligíveis à maioria das pessoas”. A linguagem é efeito da patologia de base e submetida ao “social”:

a linguagem dos doentes mentais é referida como subumana e descrita com termos como: tagarelar, balbuciar, emitir ruídos sem sentido como os sons dos animais; com os quais são comparados frequentemente. Contudo, em nosso ver, esses sujeitos institucionalizados trazem em sua linguagem (delirante, eloquente ou silenciosa) a história e o estigma da loucura, fabricado, em boa medida, pela própria institucionalização. (Almeida; Cunha; Souza, 2013, p. 32-33).

Para os pesquisadores, a atuação do fonoaudiólogo não pode ser uma abordagem clínica restrita à doença, mas deve ter foco em como o sujeito compreende, significa e comunica suas ideias e desejos. A função do fonoaudiólogo é “construir atividades terapêuticas que resgatem a comunicação, por meio de trocas afetivo-simbólicas, de vivências dialógicas, conversacionais” (Almeida; Cunha; Souza, 2013, p. 33). Para os autores, está em jogo dois planos indissociáveis: o da linguagem e o dos afetos, por isso, as abordagens do fonoaudiólogo têm que ser compatíveis com as propostas de integralidade e dar destaque para a “promoção das habilidades comunicativas, na condição de estratégia de circulação discursiva e de integração social” (Almeida; Cunha; Souza, 2013, p. 30). Complementam dizendo que não basta conceder a palavra a esses sujeitos, é preciso supô-los como interlocutores.

Para concluir, retomo os pontos discutidos. Os profissionais que atuam na área, colocam que a formação do fonoaudiólogo deve ser revista e que se faz necessária a incorporação de conceitos e diretrizes do SUS na formação teórica e clínica do fonoaudiólogo. Como já mencionado, o destaque está nos conceitos de “integralidade” e “interdisciplinaridade”. É preciso subverter uma lógica fundamentada na reabilitação dos distúrbios da comunicação, em que o fonoaudiólogo acaba por justificar sua atuação a partir das especialidades da Fonoaudiologia. Não se trata de apagar ou excluir as especialidades, mas de não mais tentar encaixá-las nas práticas do fonoaudiólogo nos serviços do SUS. É preciso sustentar a especificidade do campo, para assim, inverter a lógica de cuidado e estabelecer o raciocínio da clínica da Atenção Psicossocial como fundante da clínica fonoaudiológica na Saúde Mental.

Desse modo, o lugar do fonoaudiólogo ao compor uma equipe no campo da Saúde Mental seria contribuir para a construção do caso clínico produzindo leituras sobre o caso e assim definir manejos e dar direção ao tratamento junto com a equipe. Tal leitura é efeito do encontro com o sujeito e garante a especificidade de sua atuação, uma vez que o modo como o

fonoaudiólogo é afetado no instante clínico é efeito de uma escuta constituída por uma teorização sobre linguagem ou comunicação.

O que sustenta o trabalho no campo da Saúde Mental, para os pesquisadores apresentados, é o fato de o fonoaudiólogo ser o profissional que cuida da “comunicação”. É importante ressaltar que há uma diferença entre comunicação e linguagem, que muitas vezes é tomado pelos fonoaudiólogos como equivalentes. Discussão que será aprofundada no capítulo seguinte, que discorro sobre a teorização do grupo de pesquisas que sou filiada.

Não se trata de colocar uma teoria como soberana a outra, há diversas opções teóricas que podem servir ao trabalho do fonoaudiólogo na Saúde Mental e não há hierarquias entre elas. Nesse sentido, a discussão merece aprofundamento, não no sentido de sobrepor uma concepção a outra, mas para manter vivo o debate sobre as possibilidades que o fonoaudiólogo tem para subsidiar sua prática na Saúde Mental. E, a partir de questionamentos advindos da prática, produzir novos conhecimentos para o campo.

Importa, aqui, o esforço de teorização empreendido pelos pesquisadores, que deram passos relevantes para solidificar nossa atuação neste campo. Ainda são poucos trabalhos que tratam sobre o tema e o número é ainda mais reduzido quando se trata da atuação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para o fonoaudiólogo sustentar seu lugar na Saúde Mental é necessária uma discussão sobre as concepções de linguagem, sujeito e sintoma na clínica fonoaudiológica. A discussão acerca da mudança de *setting*, também deve ser aprofundada e ampliada.

Fato é que o fonoaudiólogo não é mais convocado apenas quando há “queixas fonoaudiológicas”, ou seja, tal profissional não está presente somente nos casos em que há uma manifestação sintomática no corpo da fala. Desse modo, a presença do fonoaudiólogo não se justifica mais pelo sintoma que o sujeito apresenta, mas sim por ser o profissional que possui uma escuta constituída por uma teorização sobre a linguagem ou comunicação. Acredito que para solidificar seu lugar no campo da Saúde Mental é preciso seguir este caminho, uma vez que é esta a especificidade do fonoaudiólogo nos serviços de saúde mental: uma teorização consistente sobre linguagem/comunicação que o autoriza a assumir uma posição frente aos sujeitos em sofrimento psíquico.

02 A CLÍNICA DE LINGUAGEM

A clínica de linguagem seguiu uma trilha semelhante à Reforma Psiquiátrica, no sentido de romper com a Fonoaudiologia tradicional que tem suas diretrizes fundamentadas na Medicina e assim subverter o modo de cuidado. A partir do encontro com as “falas patológicas”, e da leitura singular e original de Lier-DeVitto, no que diz respeito às falas sintomáticas. O clínico de linguagem tomou outra posição: de se deixar afetar por essas falas, tomando-as como enigma, e não mais corrigi-las como se fossem desvios que deveriam ser adequados a um padrão. Desse modo, os pesquisadores do Grupo de Pesquisas “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, foram construindo os pilares desta clínica que permitiu questionar o termo “patologias de linguagem” e seguir em outra direção clínica que toma como *sintoma* as produções insólitas que aparecem e se cristalizam na fala, fazem sofrer o sujeito e produzem efeito de estranhamento. Esta mudança de direção permite uma abertura da atuação do clínico de linguagem para além das “patologias de linguagem” e para além dos consultórios.

Em 1997, o Projeto Integrado “Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem” (LAEL/CNPq nº 522002-97/8) foi instituído por Maria Francisca Lier-DeVitto como um campo de elaborações teórico-clínicas que se debruça sobre as falas sintomáticas. Em 2002, foi constituído o Grupo de Pesquisas “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, coordenado pela Profa Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto e pela Profa Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

Trata-se de um percurso original, que teve como ponto de partida o interesse de Maria Francisca Lier-DeVitto pelas “falas patológicas”, que nas palavras da pesquisadora nasceu de uma “conjunção feliz” de seu trabalho como docente e assessora de pesquisa da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC/SP e DERDIC⁷ com sua filiação ao Interacionismo proposto por De Lemos. A autora esclarece que as questões dos fonoaudiólogos e alunos a convocou para o encontro com o estranho das manifestações sintomáticas. Sua filiação ao Interacionismo a permitiu elevar as questões a estatuto de proposição, isto é, tomar posição frente às falas patológicas e às indagações dos fonoaudiólogos dirigidas a ela (Lier-DeVitto, 2006).

A partir do esforço teórico e clínico da pesquisadora, funda-se a chamada “Clínica de Linguagem”, que se afasta das práticas tradicionais da Fonoaudiologia que, como nos aponta

⁷ A Deric é uma instituição sem fins lucrativos, mantida pela Fundação São Paulo e vinculada academicamente à PUC-SP, que atua na educação, acessibilidade e empregabilidade de surdos e no atendimento clínico a pessoas com alterações de audição, voz e linguagem. Em 2002 foi firmado convênio com SUS e no ano de 2014 foi credenciada como CER II - Centro Especializado em Reabilitação, modalidade intelectual e auditiva.

Lier-DeVitto (2006), exclui a linguagem das explicações sobre os quadros patológicos de linguagem. O que sustenta essa clínica é o compromisso com a especificidade do material clínico e uma teorização que tem bases sólidas na obra de Ferdinand de Saussure, no Interacionismo em Aquisição de Linguagem e na Psicanálise de Jacques Lacan. A afinidade teórica com a concepção de linguagem do Estruturalismo Europeu e com a concepção de sujeito da Psicanálise, que reconhece a hipótese do inconsciente, permitiu ao clínico de linguagem questionar conceitos e procedimentos naturalizados no campo da Fonoaudiologia, seguir por outra trilha e, assim, reconstruir conceitos, como “diagnóstico” e “sintoma”, para nortear a clínica.

A Clínica de Linguagem fez uma aproximação, numa relação de alteridade, à obra de Saussure. O autor reconheceu a ordem própria da linguagem e definiu a Língua como objeto da Linguística, assim produziu mudanças nos estudos sobre a linguagem, incidindo também em outros campos do conhecimento (Lier-DeVitto; Arantes, 2020, p. 66). A novidade foi estabelecer que a Língua tem um funcionamento perene e universal que rege todas as línguas particulares, reflexão que serve as falas sintomáticas e a Clínica de Linguagem.

A partir de tal premissa, Saussure (1916, p. 81) estabelece a noção de “valor”, em que se afasta da noção de signo enquanto símbolo e institui o “signo linguístico”, definido como uma “entidade psíquica de duas faces”. Trata-se de uma combinação dos termos significado e significante, em que o laço que os une é arbitrário. Assim, define a Língua como “um sistema de valores puros (...) em que todos os termos são solidários e o valor de um resulta tão-somente da presença simultânea de outros” (Saussure, 1916, p. 130 e 133), o que produz um corte na noção de língua enquanto nomenclatura e traz a ideia de um funcionamento em cadeia, na qual suas unidades são postas em relação.

De acordo com Saussure (1916, p. 134):

Valores são sempre constituídos:

1º por uma coisa *dessemelhante*, suscetível de ser *trocada* por outra cujo valor resta determinar;

2º por coisas *semelhantes* que se podem *comparar* com aquela cujo valor está em causa.

As leis que regem o funcionamento da linguagem são inacessíveis, ou seja, não é possível acessá-la pela via da percepção. A noção de valor considera qualquer unidade linguística derivada de relações, o que impossibilita o acesso direto às coisas em si mesmas. Um significante só obtém valor quando posto em relação com outro significante: “valores

correspondem a conceitos (...) definidos não positivamente por seu conteúdo, mas negativamente por suas relações com os outros termos do sistema. Sua característica mais exata é ser o que os outros não são” (Saussure, 1916, p. 136). Isto é, um significante adquire valor na cadeia, não por carregar alguma materialidade/substância que o caracteriza, mas por não ser o que os outros significantes postos em relação são e pelos lugares ocupados na cadeia. Como consequência, dilui a noção de categorias da língua, o vínculo entre os significantes não se dá em sua entidade material nem em sua semelhança semântica.

Saussure (1916, p. 136) traz a noção de cadeia linguística em que as unidades são postas em relação e regidas pelo eixo sintagmático e paradigmático, uma vez que “a parte conceitual do valor é constituída unicamente por relações e diferenças com os outros termos da língua”. As entidades linguísticas se estruturam a partir de combinações (eixo sintagmático), em que os

termos estabelecem entre si, em virtude de seu encadeamento, relações baseadas no caráter linear da língua, que exclui a possibilidade de pronunciar dois elementos ao mesmo tempo. Estes se alinham um após o outro na cadeia da fala (...) colocado num sintagma, um termo só adquire valor porque se opõe ao que o precede ou ao que o segue, ou a ambos (Saussure, 1916, p. 142).

Trata-se das relações “*in praesentia*” na cadeia. Concomitantemente, há as relações denominadas associativas (eixo paradigmático), em que há algo em comum entre as entidades linguísticas. São relações “*in absentia*”, pois não estão presentes na cadeia, para cada elemento presente, há elementos que flutuam e fazem pressão naquele que está presentificado na cadeia. Os elementos não estão em relação através de categorias, mas porque já ocuparam determinado lugar na cadeia.

As relações associativas e sintagmáticas de Saussure foram reinterpretadas por Jakobson (1976), que ampliou as noções de paradigma e sintagma e passou a utilizar os termos “eixo metafórico e metonímico”. O processo metafórico responde pela substituição de um termo por outro em uma estrutura. E o processo metonímico é o eixo da combinação ou contiguidade na relação de um termo a outro. Os processos são interdependentes, isto é, um é estruturante do outro.

Muito mais do que apenas renomear os eixos, Jakobson colocou a metáfora e metonímia como leis de composição interna da linguagem. Desse modo, garantiu que a linguagem não está submetida a outros domínios, como já afirmara Saussure. Trata-se de um funcionamento universal que permite explicar manifestações particulares: a aquisição de linguagem, a fala patológica, poesia, etc. Na medida em que não implica a gramática, aparece à possibilidade de

apreender a fala sem atribuir categorias da língua constituída, assim, inviabiliza a noção de que há uma ordenação no processo de aquisição da linguagem.

É uma mudança de paradigma que foi determinante para a construção do Interacionismo em Aquisição da Linguagem proposto por De Lemos (2006), proposta teórica que está na origem da Clínica de Linguagem, uma vez que ambos partilham o mesmo solo teórico, mas sem que as diferenças de objeto e objetivos de cada campos sejam apagadas. Trata-se de uma proposta alternativa à noção de desenvolvimento e propõe que tornar-se falante não é encontrar-se com o outro, mas sim encontrar-se com a língua na fala do outro (De Lemos, 2006). Esclareço com Lier DeVitto e Arantes (2020, p. 68) que o Interacionismo “assenta-se na ideia de que no particular de uma fala ‘há língua’ – um funcionamento simbólico que é condição de possibilidade da fala e de haver falante”.

A partir de Saussure e Lacan, De Lemos (2002; 2006) traz a noção de captura para o processo de aquisição da linguagem, isto é, a criança é capturada pelo funcionamento da Língua. Assim, desloca o sujeito do lugar de quem, de fora, toma posse da língua. Trata-se de um processo de subjetivação, a Língua precede o sujeito, o que inverte a relação sujeito-objeto, a criança é capturada por um funcionamento linguístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que a significou. De Lemos (2006, p. 28) define:

a aquisição de linguagem como um processo de subjetivação configurados por mudanças de posição da criança numa estrutura em que *la langue* e a *parole* do outro, em seu sentido pleno, estão indissociavelmente relacionados a um *corpo pulsional*, i.e, à criança como corpo cuja atividade demanda interpretação.

Trata-se de uma mudança de posição estrutural em que está em questão à relação da criança com a fala do outro, a Língua e a própria fala, assim, há três posições estruturais que a criança transita. Na primeira posição, há a incorporação pela criança de fragmentos da fala do adulto, o que marca a alienação do sujeito à fala do outro, isto é, depende da fala/interpretação do outro. A segunda posição é determinada pela dominância do funcionamento da Língua, que produz combinações que causam um efeito de estranhamento na escuta do falante. O aparecimento de “erros” e sequências paralelísticas apontam a separação à fala do outro. Na terceira posição há a dominância da relação do sujeito com sua própria fala, apontada pela heterogeneidade, instabilidade e imprevisibilidade das produções da criança.

Importante é que nesta proposta, não cabe um sujeito que tem conhecimento sobre a língua e dela se apropria, o que leva a uma aproximação com a Psicanálise e o sujeito do

inconsciente. Há uma não coincidência entre o que a criança diz e o que escuta de sua própria fala que leva a constatar que ela não tem controle de si. Apontando para a emergência de um sujeito em outro intervalo, aquele que se abre entre a instância que fala e a instância que escuta, instâncias não coincidentes.

A mudança é estrutural e, portanto, as posições não são cronologicamente ordenadas, sendo assim, a mudança de uma posição pela outra não implica etapas de desenvolvimento, não se trata de uma passagem pela criança por estados ordenados de conhecimento. O processo de aquisição se dá pelos efeitos na escuta: efeitos que a fala provoca no outro, efeitos do funcionamento da língua na fala, efeitos que a fala provoca na escuta do próprio sujeito. Trata-se de um jogo da linguagem sobre a linguagem, em que o diálogo não é dual, mas sim triádico, uma vez que a língua entra como terceiro, o outro, intérprete da criança, é definido como Outro - instância de funcionamento da língua constituída.

Segundo Lier-DeVitto e Arantes (inédito), trata-se de uma conquista teórica decisiva para a Clínica de Linguagem definir a aquisição de linguagem como efeito de relações, pois quando a noção “de relação” é central, a estruturação do falante e linguagem caminham entrelaçadas. Já o termo “efeito” condensa um desdobramento teórico da maior importância, pois retira a criança da posição de controle sobre a linguagem e sobre o processo de aquisição, conseqüentemente, a hipótese do inconsciente ganha lugar e relevo. Conceitos importantes para os desdobramentos da Clínica de Linguagem na Atenção Psicossocial, como veremos adiante.

Lier-DeVitto estende a proposta Interacionista de De Lemos para as falas sintomáticas, o que possibilitou uma mudança de paradigma na clínica, em que sintoma não é mais visto como erros e desvios. Isto é, as manifestações na fala não são mais tratadas como “patologias”, mas sim como “sintomas”, o que provocou reinvenções nas instâncias clínicas.

Silva (2022, p. 74) aponta que olhar para a história da Fonoaudiologia nos permite entender a força do pensamento médico e sua vocação ortopédica, uma vez que o pensamento higienista está na origem e na estruturação do campo.

O higienismo idealizava o homem saudável e culto e buscava instituir uma língua brasileira pura, esse movimento de preservar uma língua nacional única, fez com que as variações, os “erros” e “vícios” da língua ganhassem um caráter discriminativo que estigmatizava as pessoas em função de sua classe social. Os desvios do padrão mostravam a inferioridade social e deveriam ser suprimidos

A autora segue explicando que o avanço da medicina e das ideias higienistas no século XX procederam em um aumento da detecção e classificação das anomalias orgânicas e

funcionais da fala, que resultou na necessidade de um profissional para eliminar essas alterações:

Surge assim, os professores especializados, que desempenhavam o papel que mais tarde viria a ser ocupado pelo Fonoaudiólogo. A escola passa a ser o espaço privilegiado para a correção dos ditos desvios da fala, que compreendiam desde alterações fonológicas até questões relacionadas à variação dialetal (Silva, 2022, p. 74).

Como aponta a pesquisadora, na origem de sua constituição, a clínica fonoaudiológica já tinha como estruturação: a Medicina operando a distinção entre normal e patológico, a psicologia oferecia os aparatos métricos e a pedagogia para a correção. Silva (2022, p. 74) ressalta que fica evidente que uma reflexão sobre fala, língua, linguagem não tem lugar na história da Fonoaudiologia, o interesse sempre esteve voltado para as técnicas de reabilitação.

Arantes (2006, p. 322) aponta que a clínica fonoaudiológica tem operado com a mesma noção de sintoma presente no discurso médico, em que “o **sintoma é sinal** observável, apreensível enquanto exterioridade visível, remissível a um quadro nosográfico e passível de ser explicado a partir da determinação de sua causa” (grifos da autora). Em vista disso, os sinais devem ser referidos a uma doença e sua etiologia para, assim, definir o tratamento e a cura, a causa da doença deve ser removida para que os sintomas sejam eliminados.

Nesse sentido, na Fonoaudiologia, o diagnóstico, impregnado com as marcas da Medicina, consiste em “‘descrever’ as manifestações na fala para separar comportamentos normais de patológicos com vistas a alocar os últimos em uma categoria nosológica e relacionar a uma causa” (Arantes, 2006, p. 322). O sintoma na linguagem é visto como um conjunto de sinais de uma patologia e a alteração na fala é consequência de doenças orgânicas ou mentais.

Seguindo esta linha de raciocínio, o fonoaudiólogo utiliza a anamnese e os testes/provas como instrumentais para o diagnóstico, há um intervalo entre tal instância e o tratamento em si. A anamnese é um questionário com perguntas pré-estabelecidas e objetivas para estabelecer o diagnóstico e tratamento. O fonoaudiólogo visa colher informações sobre o desenvolvimento da doença com vistas a comparar a um padrão estabelecido e encaixar os dados em marcos do desenvolvimento para detectar os possíveis agentes causadores do problema de linguagem. Podemos caracterizar como um *checklist* de acontecimentos já esperados e determinados a uma nosologia, apagando, assim, tudo o que singulariza o paciente (Arantes, 2006); (Andrade, 2006); (Fudissaku, 2009).

Além do apagamento do sujeito, a anamnese perde sua função diagnóstica no campo da Fonoaudiologia, uma vez que há protocolos para cada patologia específica (anamnese para distúrbio articulatorio, gagueira, disfonia, etc.). Dessa forma, o fonoaudiólogo já deveria saber qual patologia está em questão para a escolha do protocolo correto, ou seja, antecipa o diagnóstico antes mesmo do encontro com a fala patológica.

Os testes/provas têm como objetivo detectar o que está fora de um padrão de normalidade, estabelecido a partir de aparatos descritivos da Linguística que segmentam a fala em categorias gramaticais, semânticas, sintáticas, etc. Coloca-se em destaque o que a criança não produz, apagando exatamente o que importa ao fonoaudiólogo, as manifestações insólitas que causam perplexidade e efeito de estranhamento na escuta do falante. Desse modo, os aparatos gramaticais não cumprem sua tarefa, pois as falas sintomáticas estão de fora das possibilidades de descrição pelos instrumentos categoriais. Há uma higienização da fala, onde perde-se a fala viva, uma vez que, esta é vista através de categorias e padrões já estabelecidos (Arantes, 2018, p. 911).

Tais procedimentos foram amplamente discutidos e questionados pelo clínico de linguagem, uma vez que nada esclarecem sobre a fala patológica e acabam por eliminar o que é próprio da fala da criança. A utilização de tais instrumentais não toca a natureza singular dos sintomas na fala, recobrando o enigma que deveria interrogar e convocar o fonoaudiólogo. Além disso, trata-se de clínicas que se voltam para objetos distintos o que nos obriga a considerar a especificidade do que está em foco na Fonoaudiologia para que a instância diagnóstica e o tratamento ganhem contornos singulares.

Por fim, esse modo de conceber sintoma e cura leva o fonoaudiólogo a buscar explicações sobre a linguagem em outros domínios (orgânico, cognitivo, etc.) e a terapêutica consiste em suprimir os comportamentos patológicos, por meio de práticas de natureza ortopédica. Ou seja, está em cena corrigir os defeitos da fala através de exercícios e estimulação da musculatura orofacial para adequar o que está fora de um padrão de normalidade. Arantes (2006, p. 319) exemplifica:

se um paciente não produz determinados sons quando já seria esperado que o fizesse, aposta-se em hipotonia de órgãos fonoarticulatórios, em lesões periféricas ou centrais e tenta-se, **sempre que possível**, incidir sobre as causas – adequar a tonicidade, ajustar a coordenação de movimentos, otimizar a percepção. Quando se desconhece a etiologia, parte-se diretamente para a ‘instalação e automatização de fonemas’.

Quando a terapêutica falha, busca-se explicações nos diagnósticos médicos como TEA, apraxia de fala, deficiência intelectual, etc. A noção de sintoma fica reduzida a desvio da norma, Arantes (2006, p. 319-320) alerta que há consequências para a clínica, uma vez que o singular é apagado e o falante é reduzido a suporte do sintoma:

apaga-se, assim, o mistério desse ‘não produzir certos sons’ e o fonoaudiólogo passa de clínico a técnico (...). como se vê o falante é apagado, **trata-se a fala como desabitada, já que o ponto é ‘consertar’ defeitos na fala, ‘adaptá-las’**. Aposta-se numa clínica de natureza quase ortopédica.

O clínico torna-se suporte do saber totalizante da teoria e da técnica, há uma “saturação da posição do saber” (Lier-DeVitto, 2004, p. 52). O saber é delegado ao instrumento e o clínico nada mais é que seu "funcionário". A autora concebe essa relação clínico-instrumento como “fuga do instante”, isto é, do efeito que uma fala viva poderia produzir. É o instrumento que sabe de antemão o que será apreendido na fala, assim, o instrumento limita a escuta e fabrica o caso a partir de um quadro já descrito.

É preciso uma tensão entre “saber” e “não saber” que penetra o domínio da práxis. A teoria deve ser experimentada como “não toda”, o encontro com a face enigmática da fala deve fazer aparecer a falta na teoria e o clínico deve vivenciar uma “falta de saber” instigada pelo enigma que produz a singularidade de uma fala (Lier-DeVitto, 2004, p. 53).

Assim, o compromisso ético com o enigmático da fala sintomática permitiu aos pesquisadores do Grupo de Pesquisa já mencionado, questionar o conceito “patologias de linguagem”, o que acabou por esvaziar os diagnósticos fonoaudiológicos como “dislalia”, “distúrbio articulatorio”, etc. e puderam, assim, redefinir “sintoma” quando se trata de linguagem.

A relação de alteridade estabelecida com o Estruturalismo Europeu, Interacionismo e Psicanálise, levou a clínica de linguagem a considerar o sintoma enquanto significante, isto é, enquanto acontecimento submetido a leis de referência interna da linguagem.

Implicar as leis de referência interna da língua, na interpretação de materiais clínicos, abriu escuta para a articulação significante, ou seja, para a possibilidade de tomar as falas sintomáticas como combinatórias possíveis do jogo da Língua, isto é: elas são produtos de relações dinâmicas entre os elementos que compõem as cadeias da Língua. (Lier-DeVitto;Arantes, 2020, p. 72).

De acordo com Arantes (2006, p. 325), considera-se:

(...) o sintoma enquanto significante (enquanto acontecimento submetido a leis de referência interna da linguagem). Pode-se entender que é em algum ponto da articulação significante que o sujeito faz sua inserção, ‘ponto de subjetivação’ (Milner, 1978, p. 65 apud Arantes). É aí que ‘tudo pode bascular’: ‘a possibilidade de cálculo sintático cessa, a representação gramatical cede e os elementos articulados viram significantes’ (Milner, op.cit, p.64 apud Arantes), quer dizer, abalar o imaginário da identidade à língua. ‘Bascular’ até o ponto de fazer sintoma no corpo da fala e exibir a face enigmática de uma articulação puramente significante, como pontuou Lier-DeVitto.

Sintoma é acontecimento que manifesta a incidência da Língua e a presença singular do falante na fala e seu sofrimento. O que configura a relação clínico-sujeito como triádica e não dialógica, isto é, na relação entre dois falantes há sempre um terceiro: as leis de referência interna de *la langue* que movimentam *la parole* de qualquer falante. (Souza, 2021, p. 23). Sendo assim, sintomas são “expressões de um excesso de língua que ultrapassa o falante na fala” (Arantes, 2018, p. 915) e a estruturação da linguagem é entendida como solidária à estruturação subjetiva. Desse modo, há no sintoma na fala, questões complexas e imbricadas à estruturação subjetiva do falante.

De acordo com Lier-DeVitto, Arantes (2020, p. 70) as falas sintomáticas são “imprevisíveis, insólitas, heterogêneas (...) seus efeitos na escuta do outro produzem um corte entre ‘normal’ e ‘patológico’”, uma vez que causa “perplexidade” na escuta do falante, o que responde pela entrada na clínica. O sintoma na linguagem envolve “sofrimento - efeito de um enlaçamento peculiar do sujeito à sua fala”, sendo assim, participa do sintoma o ouvinte “*que não deixa passar uma diferença e o falante que não pode passar a outra coisa*” (Lier-DeVitto, 2006, p. 185, destaques da autora). Há sofrimento, pois demarca uma fratura na ilusão de semelhante com sua comunidade falante que descostura o laço social e uma ruptura na ilusão de sujeito que controla a própria fala, que leva a uma “ruptura da ficção de si-mesmo” (Lier-DeVitto, 2006, p. 185).

Não se trata de defasagem no tempo cronológico, o sintoma “inscreve e se inscreve num tempo outro: tempo da insistência da repetição”, opera uma fala resistente, um falante que “não passa a outra coisa” (Lier-DeVitto, 2006, p. 186). Sintoma é “repetição sem ocultação nem evitação”, o que remete a um particular – ao sintoma no corpo da linguagem, isto é, “um furo no corpo da linguagem”, que, em sua natureza insistente e involuntária, faz aparecer o “corpo que fala” (Lier-DeVitto, 2003, p. 242).

É o tempo da repetição, que faz o sujeito demandar mudanças e convocar um saber ao outro-terapeuta que tem a possibilidade de fazê-lo “passar a outra coisa”. Sendo assim, a clínica de linguagem é convocada a incidir sobre o “sintomático no corpo da fala que faz sofrer o sujeito” (Lier-DeVitto, 2006, p. 187-189).

Note-se que a definição de sintoma tem ecos da Psicanálise com o conceito de “repetição”, importante para o arcabouço desta clínica e para as reflexões que farei adiante. A mudança de paradigma obrigou o clínico de linguagem a deixar os instrumentais utilizados pelo fonoaudiólogo tradicionalmente e criar procedimentos que levassem em conta a natureza do sintoma. Em vista disso, o processo diagnóstico passa a ser composto por entrevistas e avaliação de linguagem, instâncias entrelaçadas ao tratamento em si.

Nas entrevistas, momento inaugural da clínica de linguagem, o terapeuta assume uma posição perante o sujeito que lhe dirige uma queixa e demanda de intervenção. No entanto, não basta enunciá-las, é condição fundamental para a manutenção e sustentação do tratamento, que o sujeito formule um pedido de ajuda ao clínico, supondo que este tenha um saber capaz de transformar aquilo que o faz sofrer, isto é, na sua condição de falante. O sintoma tem que passar de estatuto de resposta ao estatuto de questão, ou melhor, de enigma. Enquanto isso, o clínico deve assumir um lugar de não saber para não tomar a teoria como “toda” e encobrir a singularidade do caso.

De acordo com Arantes (2001) e Fudissaku (2009), as entrevistas envolvem uma escuta clínica que leva ao estabelecimento da transferência. Nesse sentido, a relevância das entrevistas ultrapassa a história da doença. A escuta se volta para a história do sujeito, ou melhor, para uma possível versão dessa história, assim sendo, não se trata de colher dados para comparar a um padrão estabelecido previamente. Segundo Fudissaku (2009, p. 111), quando se trata da clínica com crianças: “importa, nesse momento, o modo como os pais contam a história da criança e como a articulam com seu sintoma”. A entrevista é conduzida de modo a favorecer o que não está previsto pelo clínico, para que este seja afetado pela singularidade do caso.

A questão que direciona o clínico é qual lugar a criança ocupa no sintoma da família. Para Arantes (2006, p. 327) “o entendimento desse modo de presença na linguagem deve ser articulado com o texto produzido nas diversas entrevistas com os pais. Texto que vai se tecendo ao longo do processo terapêutico e que alinhava a fala da criança com o que dela se fala”. Trata-se de ficar sob efeito da fala dos pais, uma escuta para densidade significante destas falas, ainda com Fudissaku (2009, p. 112): “há diversos modos dessa fala tocar o clínico: entonação, pausas, silêncios, os significantes que insistem ao longo do tempo ou o modo singular de articulação

entre eles”. Escuta que implica a suspensão de uma investigação sobre o sentido do sintoma, numa correlação direta entre a fala dos pais e da criança.

Como já dito, o sintoma envolve questões referentes ao falante e seu modo de inscrição na linguagem. Quando um sujeito chega à clínica pedindo mudanças no que provoca efeito de estranhamento na escuta do falante, o clínico é convocado a produzir um dizer sobre essa fala: se o que causa estranhamento é um sintoma ou não e o que nesta fala produz tais efeitos. Assim se configura a avaliação de linguagem na clínica de linguagem.

Nesse sentido, para tecer um diagnóstico, o clínico deve produzir um dizer sobre o modo singular de um falante habitar a linguagem, isto é, situar o modo de presença da relação do sujeito com a linguagem. As falas sintomáticas são lidas como “efeitos possíveis e atestáveis do funcionamento da língua na fala” (Lier-DeVitto, 2004, p. 61). A avaliação de linguagem é momento de tirar consequências das teorizações que admitem que no particular de uma fala, há língua: um funcionamento simbólico que é condição e possibilidade da fala e de haver falante. As manifestações sintomáticas, imprevisíveis, deixam ver o funcionamento da língua como determinante do aparecimento de formas as quais, apesar de ‘estranhas’, são produtos efetivos de relações dinâmicas.

Há a insistência na relevância do funcionamento universal, em que Saussure é fundo teórico, uma vez que *La Langue* oferece a possibilidade de explicação para os acontecimentos imprevisíveis que não se deixam apreender por aparatos gramaticais. Tais manifestações são efeitos de substituições que promovem combinatórias inesperadas e singulares, produções relacionadas aos eixos sintagmático e associativo de Saussure (1916), ressignificados como operações metonímica e metafórica por Jakobson (1976). As composições insólitas são efeitos do movimento da língua na fala, o que torna possível uma caracterização positiva das ocorrências sintomáticas. (Lier-DeVitto, 2002; 2004; 2006); (Arantes, 2018).

Arantes (2018, p. 915) acrescenta que “a implicação das leis de referência interna da linguagem afetou também o clínico: abriu sua escuta para a densidade significativa da fala, i.e., para o que ‘trabalha em baixo’, para o movimento latente da língua”. Interpretação da fala refere-se à articulação significativa e não ao que o sujeito quis dizer ou a um sentido oculto do sintoma. Há um compromisso com as combinatórias possíveis do jogo da língua e seus efeitos sobre o sujeito, o outro e o diálogo. O clínico deve voltar-se “ao lugar mesmo em que o sintoma está inscrito – lugar também em que pode ser erigida a singularidade de uma escuta do terapeuta de linguagem” (Arantes, 2006, p. 317).

Ainda com a pesquisadora (2006, p. 325-326, grifos da autora), voltar-se à densidade significativa da fala significa colocar como questão para o clínico na instância diagnóstica: **“como o sintoma está articulado na fala”** e **“que efeitos ele produz/não produz na escuta do paciente (e do terapeuta)”**. O que está no pano de fundo das avaliações de linguagem é a questão: “que natureza de relação este paciente entretém com a língua e com a fala (própria e do outro)”. O que importa não é o que o sujeito quis dizer, o que levaria a um recobrimento de sentido imaginário daquilo que provoca efeito de estranhamento, mas sim como os mecanismos da língua operam criando produções insólitas.

Trata-se do efeito de uma escuta – tanto do sujeito para a própria fala e para a fala do outro, quanto de um clínico de linguagem frente à singularidade dessa fala. Nesta articulação entre teoria e prática, isto é, no jogo teórico-clínico entre ler e escutar os movimentos da língua na fala, constitui-se uma escuta que dá suporte ao clínico de linguagem sustentar uma posição terapêutica frente a falas sintomáticas, que reconhece no singular de uma fala o universal do funcionamento da língua.

Ter escuta para a cadeia significativa é tomar o sintoma como enigma, o que pede ao clínico sustentar uma esfera de “não saber” e ficar sob efeito das produções insólitas do sujeito. Como afirma Spina-De-Carvalho (2003, p. 69) “a interpretação do fonoaudiólogo deve incidir sobre a superfície significativa da fala e seus efeitos sobre a criança, o outro e o diálogo”. É o enigma destas combinações estranhas que impulsiona a escuta do clínico de linguagem, de modo que ele possa ser afetado por outras produções significantes que permitam compreender como o funcionamento da linguagem afeta a fala em questão. Posição que irá configurar toda atividade clínica, em que se torna necessário sustentar a tensão que se dá entre o universal da teoria e o singular de um caso. De acordo com Santos (2021, p. 22), interpretação na Clínica de Linguagem:

(...) é sempre operação significativa e não de apreensão/doação de significados, ainda que o sentido emerja como efeito. Neste ambiente teórico-clínico, tão pouco se toma a interpretação como “técnica” ou ‘instrumento’ terapêutico, ela é questão teórica decorrente do privilégio dado à escuta do que trabalha embaixo – *la langue* em suas leis de referência interna.

A avaliação/interpretação deve produzir uma posição terapêutica, responsável pela direção do tratamento. Ressalto que há um entrelaçamento entre avaliação de linguagem e o tratamento propriamente dito, isto é, não há intervalo entre as duas instâncias, então utiliza-se

o mesmo instrumental: a escuta do clínico configurada a partir de uma posição ética, que sustenta a tensão entre saber/não saber.

É na vivência clínica que se pode buscar como o enigma se constituiu: o clínico recolhe fragmentos da narratividade da criança e, de acordo com Santos (2021, p. 77), “pode resgatar acontecimentos que permitam interpretá-los, descristalizando sua composição e oferecendo para a criança, com a própria fala, uma ‘construção’, uma oferta, outra cadeia significativa”. Está em jogo os conceitos imbricados de escuta e interpretação. Interpretação é o que deve “‘quebrar’ o que aprisiona o sujeito em seu sintoma de linguagem para que sua fala possa voltar a passar pela linguagem do outro” (Lier-DeVitto; Arantes, 1998, p. 71).

Dessa forma, destaco a importância de uma regulação teórica para que a prática do clínico não seja meramente intuitiva, de acordo com Santos (2021, p. 43) “o terapeuta deve ser marcado por uma teoria que permita uma relação à fala da criança distinta daquela de um falante qualquer”. O que configura a relação terapeuta-criança como triádica e não dialógica, “na medida em que na relação entre dois falantes há sempre um terceiro (...) mais precisamente, as leis de referência interna de *la langue* que movimentam *la parole* de qualquer falante” (Santos, 2021, p. 23).

O rigor teórico do grupo de pesquisas leva as pesquisadoras a empreenderem um esforço de teorização para sempre problematizar e refletir sobre os pilares da clínica de linguagem e seus conceitos. Interpretação é conceito amplamente discutido, as pesquisadoras trazem recomendações sobre o encontro com as falas sintomáticas, através da discussão de casos e leituras de material clínico, numa articulação entre teoria e prática⁸.

Trago como exemplo, a leitura de um material clínico feita por Arantes (2018, p.916):

Há situações em que menos do que garantir com minha participação a sequencialidade do diálogo é o caso de suspendê-la, de deixar aparecer, para o sujeito, ‘o estranho no espelho’. (...) O apego teórico à cadeia significativa comporta um alerta para os riscos do excesso de uma ‘tradução compreensiva’, que recobre no afã de fazer sentido do não-sentido, que muitas vezes marca falas sintomáticas de crianças, recobre-se precisamente a articulação significativa, que o determina. (...) Importa considerar que ‘escuta’ como ‘interpretação’ implica silêncio e estranhamento e que, para escutar-se, a criança deve poder escutar-se no estranhamento do outro.

A pesquisadora aponta que são diversos os caminhos, tudo depende da natureza da relação da criança com a fala do outro e com a própria. Por isso, não se trata de normativas ou

⁸ Ver Arantes (2001; 2006), Araújo, Andrade (2003; 2006), Fonseca (2002; 2006), Spina; Souza (2021).

regras que devem ser seguidas, definidas anteriormente ao encontro com a fala, tais posições do clínico não pode ser algo pré-estabelecido e só podem ser lidas a partir do caso clínico.

Trata-se de uma ética da clínica de linguagem que posiciona o clínico frente ao sujeito, ficar sob efeito dessa fala é a direção do clínico de linguagem e o compromisso ético assumido por ele. Tal posição produz efeitos na atuação do profissional em um CAPS, mesmo diante de sujeitos em que não há manifestação sintomática no corpo da fala. A “perplexidade” é de outra natureza, mas a direção é também não recuar diante dessas falas e tomá-las como enigma.

Tomada a distância entre as áreas, a Psicanálise rende afetações à clínica de linguagem, uma vez que supor o sujeito do inconsciente traz consequências. O clínico há de ser tocado em sua escuta pela estruturação subjetiva, isto é, o modo como o sujeito é enlaçado pela linguagem. O sujeito é governado por uma instância que está além de seu suposto controle, trata-se do inconsciente, que irrompe no discurso através de suas formações: atos falhos, sintomas, chistes e sonhos. Lacan (1957/1998, p. 286) fez uma articulação com a linguística de Saussure e postulou o axioma “o inconsciente é estruturado como linguagem”.

O sujeito é constituído pela linguagem, isto é, a estrutura é preexistente ao sujeito e lhe permite, através da inscrição no campo da linguagem, a construção de laços sociais pela via do discurso. Supor esse campo, coloca a necessidade de um posicionamento do sujeito em relação a ordem simbólica que lhe é preexistente e lhe dá seu estatuto. Nesse sentido, o sujeito é fundado a partir das incidências do Outro primordial (da linguagem, “tesouro dos significantes”) que o inscreve na dimensão do desejo e gozo.

Há três estruturas fundamentais: neurose, psicose e perversão, determinadas pelo modo como foi estabelecida a relação do sujeito com o Outro. Sendo assim, o sujeito é efeito de linguagem, uma vez inscrito neste campo, o gozo é, para o sujeito, um gozo perdido, pois, há uma interdição do gozo em nome da cultura. Freud (1930) aponta que o mal-estar na civilização é o mal-estar dos laços sociais, ou seja, a relação entre as pessoas é a maior fonte de sofrimento humano. Ao inserir o Édipo no campo da linguagem, Lacan retoma as estruturas clínicas a partir da castração. Se o sofrimento é sempre em relação ao Outro e ao laço social, é o modo como o sujeito se posiciona em relação à castração que o faz sofrer, isto é, a forma como cada um lida com a divisão subjetiva. Trata-se de incidências de modalidades de gozo do sujeito e os efeitos em sua vida.

Segundo Quinet (1991, p. 19):

É a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo — negação da

castração do Outro — correspondentes às três estruturas clínicas. Um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque (*Verdrängung*) do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente e o desmentido (*Verleugnung*) do perverso, o nega conservando no fetiche. A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa. Os dois modos de negação que conservam implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na forclusão.

Nesse sentido, o sujeito está em uma encruzilhada diante da castração: ou faz uma inscrição no simbólico ou a forclui. A questão é “o que fazer com o pai real?”, que presentifica uma privação, a falta estrutural do sujeito, a perda do gozo.

Na neurose, há um tipo de negação que Freud chamou de recalque, ou seja, há o recalque da divisão subjetiva. O sujeito recalca simbolicamente algo que está nele, pelo fato da negação ocorrer na ordem do simbólico, o retorno também ocorre pela mesma via, em forma de sintoma. O sujeito segue em uma pesquisa em relação à falta e ao Outro: “o que será que falta no meu gozo e que o outro sabe o que é?”, “Quem sou eu? ”, “O que sou para o Outro? ”. De maneira bem simplificada, o neurótico sofre com a eterna pergunta: “o que o Outro quer de mim?” e com a impossibilidade de corresponder à demanda do outro e vice-versa.

Há uma interrogação sobre o lugar que o sujeito ocupa no desejo do Outro e um suposição de que o outro sabe sobre seu desejo. A transferência atua numa suposição de saber ao Outro, o neurótico precisa trabalhar para manter seu desejo insatisfeito, impossível ou inadvertido. Aí está sua modalidade de gozo, o resíduo que retorna do recalque no simbólico é a fixação da fantasia. O que faz da neurose um mito individual, o qual articula desejo, gozo e angústia.

Diferente do psicótico que sofre com a presença do gozo invasivo do Outro, sempre devastadora ao sujeito. Aquilo que não se inscreveu no simbólico, isto é, na ordem do significante, retorna no real, nas alucinações, delírios, intrusão de pensamento, estranhamento/invasão corporal, angústia, fenômenos elementares e intrusão de gozo. O sujeito fica acuado pelo real, pois não consegue se reconhecer naquilo que retorna a ele. A transferência está numa atribuição de saber, o psicótico tem certeza de que o outro sabe sobre o seu gozo e este vai imputar, impor uma certa forma de gozo a ele.

A perversão é caracterizada pela recusa, negação à castração que retorna no imaginário. O “desmentido” retorna em um objeto e não em um significante, ou seja, em um fetiche. Assim, o sujeito administra sua relação com a castração dizendo: “eu sou o autor da lei”, se identifica com o legislador e o conflito com a castração fica resolvido. A posição do perverso é induzir

angústia no outro e, assim, gozar. Não há dúvida a ele, mas ao mesmo tempo não está completamente tomado pela ausência de divisão subjetiva, uma vez que o outro é forçado e submetido a essa divisão.

Nesse sentido, longe de categorizar o sujeito, o que está em questão é o desejo, isto é, localizar a posição em que um sujeito se encontra quando se dirige ao outro para fazer laço. Dessa forma, a clínica psicanalítica faz um corte radical com a noção de sintoma da Psiquiatria e suas categorias nosológicas. Ressalto que o diagnóstico diferencial opera apenas quando em função da direção da análise, uma vez que só é possível ser realizado quando uma relação transferencial é estabelecida entre sujeito e analista. Como nos ensina Quinet (1991, p. 25), é “dado que o analista será convocado a ocupar na transferência o lugar do Outro do sujeito a quem são dirigidas suas demandas, é importante detectar nesse trabalho prévio a modalidade da relação do sujeito com o Outro”. É esta relação que vai determinar a direção do tratamento, ou seja, o modo como o sujeito está no laço social. Trata-se de escutar o sujeito sobre suas marcas advindas de seu surgimento no campo do Outro, que ecoa no modo como ele constrói seus laços sociais.

O que está bem longe da ideia de doença, patologia, anormalidades, desvios, etc.. As estruturas não se opõem a normalidade, são modalidades de lidar, por exemplo, com o mito individual ou “fracasso” do neurótico, ou com uma fantasia exposta do perverso, que caracteriza nosso modo de ser no mundo, as soluções para estar com o outro e lidar com a falta estruturante de todos nós. Nesse sentido, as “loucuras” ou o uso abusivo de substâncias não são mais tomados como doenças, mas sim como um modo de funcionamento do sujeito e suas maneiras de lidar com o mal-estar causado pelo laço social.

Tal mudança de raciocínio interessa e afeta a clínica de linguagem, as estruturas clínicas, ou melhor, a linguagem como estruturante do sujeito faz pressão na escuta do clínico de linguagem, uma vez que nos dá subsídios para sustentar a ruptura com o modelo biomédico e pensar a partir de outra lógica. Pensar pelas estruturas é romper de vez com a lógica de correção das patologias de linguagem. Sendo assim, a partir das distinções e afetações apresentadas, acredito que a Psicanálise é inserida na clínica de linguagem como o exercício de um método clínico.

Esclareço que a Psicanálise fundou uma metodologia no campo dos saberes, nesse sentido, não se trata de uma profissão⁹. É um método clínico que pode sustentar a

⁹ Pontuações de Luciano Elia no exame de qualificação.
Ver Elia (2005; 2010).

“desespecialização” existente nas equipes dos CAPS. Por exemplo, qualquer profissional de um CAPS pode intervir clinicamente com conceitos como “transferência”, “interpretação”, isto é, fazer uso dos instrumentos da Psicanálise e nem por isso se tornar psicanalista, continuará sendo fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, etc. A Psicanálise oferece um saber que nos permite ter alguma luz sobre o funcionamento do ser falante e sobre as modalidades de seus laços sociais. A partir deste lugar que procurei realizar a leitura dos casos que apresento nos capítulos seguintes.

03 JOÃO – O INÍCIO: A TENSÃO ENTRE UMA POLÍTICA HIGIENISTA, A CLÍNICA DE LINGUAGEM E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*O rei da brincadeira
Ê, José!
O rei da confusão
Ê, João!
(Gilberto Gil)*

Cheguei ao CAPS infantil Sé um ano após a sua inauguração em agosto de 2010, quando a Prefeitura de São Paulo havia rompido contrato com determinada Organização Social, que questionava a imposição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de atender a população em situação de rua. Tratava-se de uma gestão que tinha como base uma política higienista¹⁰. De acordo com Rui (2012, p. 207), havia uma pressão da prefeitura para internar crianças e adolescentes em situação de rua, mesmo quando a avaliação da equipe do CAPS concluía que não havia necessidade de internação. Deixando evidente que a intenção da prefeitura era "limpar" o centro da cidade, os profissionais do CAPS tentavam não responder a esta demanda.

Ao mesmo tempo, os profissionais acreditavam que tal população não deveria ser atendida em CAPS, baseados no diagnóstico médico, argumentavam que não se tratava de pessoas com *transtorno mental severo e persistente* e, portanto, não eram casos para saúde, mas sim para a rede da Assistência Social¹¹. A equipe realizava uma avaliação em conjunto com o CAPS álcool e drogas para avaliar se era um caso de “dependência química” e assim definir se era, de fato, um caso para um CAPS ou para outro setor. A maioria dos casos era encaminhada para a rede da Assistência Social por não se tratar de “dependência química”, fragmentando, assim, o cuidado do sujeito. De acordo com a Cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada (2010, p. 16):

Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre ‘procedimentos’, ‘diagnósticos’, ‘pedaços de pessoas’, etc. A máxima organizacional ‘cada um

¹⁰ O pensamento higienista surge quando diversas doenças epidêmicas, como varíola, febre amarela e tuberculose dizimaram parcelas da população, os médicos da época buscaram a compreensão sobre o que causaria tais doenças. Os higienistas afirmavam que a causa do desenvolvimento das doenças eram as condições de salubridade, ou melhor, da sua ausência, nas cidades industriais e nas condições de trabalho e de vida do operariado industrial: pobreza, assistência social, moralidade, etc. Desse modo, a “cura” estaria na limpeza da cidade, isto é, no afastamento das “classes perigosas” dos centros urbanos. É o pensamento que está na base da ideia de que pobreza e miséria estão diretamente relacionadas com delinquência e criminalidade (CAVEDINI, 2019).

¹¹ Dados colhidos nos prontuários dos usuários do CAPSiSé.

faz a sua parte' sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho.

Diante disso, a prefeitura decidiu romper contrato com esta OS e contratou uma outra organização que se comprometeu a atender as crianças/adolescentes em situação de rua.

No dia em que a nova OS assumiu o serviço, a Guarda Civil Metropolitana levou ao CAPS um ônibus com crianças/adolescentes em situação de rua. Tal acontecimento era resultado dessa política higienista que fazia um uso utilitário do CAPS, a partir da lógica manicomial, tinha como pano de fundo esconder as crianças ali e, com isso, limpar as ruas do Centro que historicamente sempre foi alvo da especulação imobiliária. Foi assim que os profissionais da equipe se conheceram: com um ônibus entrando no serviço, em meio ao caos, tentando organizar o acolhimento, perguntava-se os nomes dos profissionais e das crianças quase ao mesmo tempo. Importante é que uma decisão foi tomada em meio a esse caos: o acolhimento desta população.

Não participei desta cena, mas me permito contá-la pois entendo que faz parte da história do CAPSi Sé, sua inauguração e reinauguração tiveram efeitos no processo de construção do serviço e de seu funcionamento institucional. Esse momento inaugural definiu os processos que ocorreram posteriormente. Não à toa, este serviço era, muitas vezes, chamado de “olho do furacão”, devido as implicações políticas que o atravessavam por se situar no centro de São Paulo.

Atravessamentos políticos constitutivos do trabalho no CAPS e nos serviços do SUS, segundo Silva, (2021, p. 21-22) a Saúde Mental é um “campo de disputas”, uma vez que é atravessado por diversas instituições: Estado, família, Psiquiatria etc.

Em nosso recorte acerca da concepção do campo da saúde mental, da Reforma Psiquiátrica ou do campo manicomial, estamos nos referindo aos saberes que o atravessam, as múltiplas profissões que o compõe, aos poderes que se entrecruzam em seu cotidiano, às disputas pelo modo de cuidar, a multiplicidade de atores envolvidos de forma processual em sua construção e afirmação. Colocamos a delimitação que em todo campo há um processo composto por multiplicidades de atores, interesses, enredos. Trabalhamos aqui com a percepção de que o campo da saúde mental, formado por uma diversidade de concepções acerca do que é saúde mental, é plano de constante disputas.

Cheguei ao serviço dois meses depois da cena do ônibus, pois a OS que trabalhava não contratava fonoaudiólogos para compor a equipe de CAPS, dado que acreditavam que este seria

um profissional da Reabilitação e não da Saúde Mental. O fonoaudiólogo estava no plano de trabalho da OS anterior, portanto foi impositivo contratá-lo.

O impasse no atendimento das crianças/adolescentes em situação de rua, permaneceu ali mesmo com a troca da equipe e OS: parte dos profissionais da equipe não concordavam com o atendimento desta população, traziam o discurso da gestão anterior de que não eram casos para CAPS. Outra parte acreditava que era preciso olhar para o sujeito e seu sofrimento psíquico que demandava a escuta de um profissional da saúde.

Sob efeito de minha formação, eu tomava a posição de que o CAPS era lugar para escutar o sofrimento dessas crianças/adolescentes. Trago três casos em que fui profissional de referência para refletir sobre os efeitos e direções tomadas para sustentar os adolescentes na instituição. A partir daí, aprofundo a questão sobre a especificidade do fonoaudiólogo nesses casos em que não há uma manifestação sintomática na fala.

Concomitantemente, a narrativa dos casos ilustra como a equipe foi se articulando a partir do funcionamento dos usuários e, assim, foi possível fazer um furo no discurso manicomial da SMS que nos pressionava a atender tal população de um modo excludente e higienista e, também, no discurso do próprio serviço. De acordo com Stevens (2007, p. 78) “é preciso furar a instituição, isto é, colocá-la do lado do não saber”. Procurei refletir também como o modo de funcionamento do CAPS, que inclui uma equipe “desespecializada”, permite a emergência do sujeito e pode configurar um lugar para o fonoaudiólogo na Saúde Mental.

Optei por apresentar os casos de maneira cronológica para mostrar como o serviço foi sendo construído a partir deles e assim eles foram se entrelaçando durante a narrativa. Não finalizei um para começar outro, pois, escrevi a partir dos efeitos provocados no serviço e na minha escuta. Dessa forma, coloco os impasses, os obstáculos que surgiam no serviço em determinado momento político, isto é, como questões políticas afetavam o serviço e como fomos criando resistências para proteger os usuários. Trago os casos procurando ver de que modo o efeito de uma escuta, de uma presença, de uma intervenção, tocou a relação do sujeito com o real que o determinava.

Começo pelo caso de João José que chegou ao serviço no cenário apresentado, pois sem dúvida o funcionamento do serviço se explicitava no seu acompanhamento. Este foi o caso mais emblemático para a equipe no período em que estive no CAPS, era o mais falado e o que provocava mais tensões e disputas entre os profissionais. O adolescente tinha nome composto, seu primeiro nome soava para a equipe como sinônimo de “confusão”, que produzia certo efeito de repulsa nos profissionais, João era o “rei da confusão”. Seu segundo nome descrevia seu

jeito de ser: expansivo, extrovertido, espaçoso, gostava de se “aparecer”, buscava ser o centro das atenções com seu humor, isto é, o “rei da brincadeira”. Era rei também pois muitas vezes “reinava” no serviço, seu jeito “aparecido” capturava o olhar da equipe, o que mais tarde entendi, se tratava de fazer “aparecer o sujeito”.

João foi o primeiro dos três casos a chegar ao CAPS, em setembro de 2010, aos quinze anos, acompanhado pelos agentes de redução de danos do Projeto Quixote¹², solicitando vaga de acolhimento institucional. Ficava em situação de rua no Centro de São Paulo, mais especificamente no Largo do Arouche e na região da Luz, conhecida como Cracolândia. Os acolhimentos eram realizados sempre por uma dupla de profissionais, portanto foi acolhido por uma psicóloga e técnica de enfermagem, fiquei com ele na convivência, enquanto esperava pela vaga para abrigo.

A princípio, assumíamos um papel da rede de Assistência Social, respondíamos prontamente a demanda para acolhimento institucional dos adolescentes e da rede, então ligávamos para todos os CRECAS¹³ e levávamos os adolescentes ao serviço que havia disponibilizado a vaga. A princípio a demanda enunciada pelos adolescentes se restringia a “abrigo”, “banho”, “comida”. Mais do que discutir qual serviço ou setor deveriam ser direcionados, o importante era acolher e escutar esses pedidos imediatos, o que é muito diferente de responder tais demandas. Era preciso escutá-los para estabelecer um espaço em que seu sofrimento pudesse ser enunciado e um pedido de ajuda direcionado ao serviço. De acordo com Bastos (2009, p. 41):

Em relação ao manejo das demandas feitas ao serviço, seja por outras instituições, por familiares ou pelo próprio sujeito, é necessário orientá-la [...]. Isso quer dizer, antes de mais nada, acolher a demanda sem, entretanto, respondê-la. Ou melhor, fazendo girar o discurso de tal maneira que a resposta é apontar o sujeito na contramão da exclusão, ainda que tenha sido a via pela qual foi submetido originalmente à instituição.

¹² O Projeto Quixote é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) sem fins lucrativos que atua na missão de transformar a história de crianças, jovens e famílias em complexas situações de risco, através do atendimento clínico, pedagógico e social integrados, gerando e disseminando conhecimento. Possui cinco programas de atendimentos, entre eles o “Refugiados Urbanos”, que tem foco numa das populações mais vulneráveis atendidas pelo Quixote: as crianças e jovens em situação de rua. Disponível em: <https://www.projetoquixote.org.br/o-que-e/o-projeto/>. Acesso em: 06 out. 2023.

¹³ Centro de Referência da Criança e Adolescente: casas de apoio que eram coordenadas pela secretaria municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Funcionavam 24 horas por dia, acolhendo crianças e adolescentes vítimas de abandono, violência ou exploração do trabalho infantil, e também aquelas que estavam em situação de rua ou envolvidas em conflitos familiares. O objetivo era oferecer atendimento psicológico e reencaminhar crianças e jovens em situação de rua para o convívio familiar ou para a rede de proteção pública.

Então não se tratava de responder prontamente esta primeira demanda dos adolescentes, muito menos de responder a demanda da Supervisão Técnica de Saúde de limpar o centro, tampouco a resposta era fechar as portas para essas crianças por não enunciarem um pedido referente à “saúde”. Não se tratava também de escolher um setor que pudesse dar conta do caso, mas sim compor uma rede de cuidados, “que implica sempre a alteridade: nunca um elemento sozinho pretende dar conta de qualquer situação individual que lhe chegue” (Elia, 2015, p. 252).

Como já dito, diante do impasse entre a pressão da SMS e profissionais que não acreditavam que devíamos acolher as crianças/adolescentes em situação de rua, a direção tomada foi escutá-las em seu sofrimento e a partir daí tomar decisões. Procurando garantir o acesso ao serviço e abrindo espaço para o que havia de singular na história de cada criança/adolescente, isto é, construir o Projeto Terapêutico Singular, a partir das questões e funcionamento de cada um.

João me provocou logo em sua entrada no serviço, me chamou atenção sua solidão e, também, sua doçura, incomum aos adolescentes em situação de rua que chegavam ao CAPS, que vinham sempre em “bando” e “causando” conflitos, numa posição de provocação, agressividade e rivalidade com os profissionais, numa disputa de poder e de “território”. Não utilizo à toa o termo “causando”, significante que circulava repetidas vezes no CAPS pelos usuários e profissionais: “vou causar”, “x está causando”, “veio para causar”. Termo que enquadrava diversas situações: de agressividade, provocações e, também, as crises.

A história de João não foi contada apenas por ele, foi sendo costurada a partir de suas memórias, relatos de diversos atores da rede e registros institucionais. Como coloca Figueiredo (2010, p. 06), a tessitura da rede deve ser feita como um “mosaico”, isto é, “devem ser recolhidos os elementos como pedaços, ou mesmo estilhaços, para tecer o 'caso'. O processo se complexifica em 'construção-circulação-construção’”. Não havia alguém que pudesse contar a sua história como, geralmente ocorre nos atendimentos de adolescentes, já que todos os vínculos familiares estavam rompidos. Geralmente, os pais enunciam uma queixa e contam a história do sujeito quando chegam à clínica e assim sabemos quais falas circulam em sua vida. Um primeiro impasse já se colocava para mim, uma vez que me deparei com um sujeito que não podia contar a sua história, então fomos tecendo e costurando sua história junto com João.

O adolescente estava em situação de rua desde os dez anos, sua mãe faleceu de Mal de Chagas, quando ainda era muito pequeno, tinha uma irmã três anos mais nova. Após a morte da mãe, João e sua irmã permaneceram aos cuidados do pai e sofreram situações de violência: maus tratos, abuso sexual e foram mantidos em cárcere privado. Os vizinhos passavam comida

pela janela, pois estavam privados de alimentação. Após denúncia dos vizinhos, os irmãos foram abrigados e o pai perdeu o “pátrio poder”¹⁴.

Foi realizada uma tentativa de adoção por familiares que moravam no Nordeste, ficaram meses com eles, porém não deu certo o convívio, pois não se conheciam anteriormente, então retornaram para o abrigo. Aos oito anos, João começou a fugir para ir ao centro de São Paulo, quando retornou depois de uma dessas saídas, teve a notícia de que sua irmã havia sido adotada e nunca mais se encontraram.

O adolescente passou a se fixar no centro de São Paulo, quando conheceu “tia Ruth” que passava por ele todos os dias no seu caminho ao trabalho, segundo ela, “foi tocada por ele” (*sic*), então começou a lhe pagar lanches e depois o levou para casa. Ruth morava no interior de São Paulo, trabalhava no centro durante a semana e retornava para sua cidade aos finais de semana. Então João ficava em sua casa durante a semana e na rua quando Ruth voltava para sua cidade e família. A “tia” finalizou o trabalho a ser feito em São Paulo e retornou para o interior. A promessa de adotá-lo não foi cumprida, pois a família de Ruth não aceitou, João nunca deixou de esperar.

A escolha por este caso vai muito além de sua história marcada por cenas de violência. João provocou mudanças nos serviços, nos profissionais, na rede. João provocou de várias maneiras, porque pôde sustentar sua presença. Foi preciso que os profissionais olhassem para os “furos” institucionais e pudessem realizar mudanças no serviço que sua presença impunha. Sem saber, ele foi garantindo ao CAPS um funcionamento a partir das diretrizes do SUS.

João retornou ao CAPS meses depois de seu primeiro acolhimento, ainda solicitando vaga em abrigo, quando sua presença passou a ser mais frequente começou a comparecer ao CAPS em outra posição. Não sabendo muito o que me esperava, ao discutir o caso na reunião de equipe, me disponibilizei para ser sua referência.

Equipe/profissional de referência é dispositivo da PNH, que pretende “superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador” (BRASIL, 2010a, p. 32). Nesse sentido, a proposta visa horizontalizar o poder gerencial e entre os profissionais, uma vez que um saber não é soberano a outro. Com isso, subtrai o poder das especialidades que fragmentam o sujeito e, assim, garante a responsabilização dos profissionais com o usuário. Dispositivo importante tanto para direcionar o processo de trabalho dentro do serviço como as articulações de rede.

¹⁴ Termo utilizados nos registros institucionais: relatório do abrigo e processos da Vara da Infância e Juventude.

Quando saímos da lógica biomédica, em que o olhar se estende para o sujeito e não para a doença, eu como fonoaudióloga, deveria me responsabilizar e poderia ser referência de João, mesmo ele não apresentando queixas em relação a uma fala sintomática. Assim, a decisão pela referência se deu a partir dos efeitos de meu encontro com João, não a partir da minha especialidade.

No que diz respeito ao encontro com outros serviços, o dispositivo ajuda a superar a “velha ideia de encaminhamento (e de referência e contrarreferência)” (Brasil, 2004a, p. 12), uma vez que preconiza a reunião de profissionais de diferentes áreas e setores “sem utilizar percursos de encaminhamentos intermináveis, e sem lançar mão da burocracia da referência – o serviço de origem, onde o usuário deu entrada – e da contra-referência – o serviço para o qual o sujeito é referido” (Brasil, 2004a, p. 14). O que garantiu o retorno de João ao CAPS, como mencionei, a equipe anterior encaminhava as crianças/adolescentes para outros setores por achar que não se tratava de uma demanda para a saúde. Conforme apontei, havia sim, demandas para outros serviços, mas isso não excluía a nossa responsabilização pelo sujeito. Apostamos que havia o que João nos dizer e o acompanhamento foi articulado com outros setores e equipes/profissionais de referência para realizar “costuras” do caso.

Após João ser informado que eu seria sua referência, nossa relação mudou: ao cumprimentá-lo, respondeu com palavrões e rispidez. Acredito que essa mudança foi efeito de sua inserção no serviço. Começou a se estabelecer uma relação transferencial e suas atuações começaram a aparecer, começou a “causar”. Entrava nos atendimentos, desrespeitava os terapeutas e usuários, referia-se a todas as funcionárias do CAPS como sendo sua namorada, tentando tirar as profissionais de sua posição.

A psicanálise pode nos ajudar, como alertam Bezerra e Rinaldi (2009, p. 350), ao discutir as diferenças entre vínculo terapêutico e transferência:

Quando os técnicos levam em conta que para uma boa condução do Projeto Terapêutico o usuário de saúde mental “deve estabelecer um vínculo terapêutico” com o serviço, não parecem estar aí incluídas todas as consequências decorrentes de tal vínculo, inclusive os impasses e engodos em relação ao próprio tratamento. A partir daí podemos situar a diferença da noção de *vínculo terapêutico* para a noção psicanalítica de *transferência*, que inclui a noção da *resistência*. Por isso a transferência também pode ser um obstáculo ao tratamento, pois muitas vezes o sujeito, que na clínica psicanalítica é convocado ao trabalho subjetivo, para de trabalhar e passa a amar ou odiar a quem dele trata, resistindo ao tratamento.

Nesse sentido, “causar” é algo esperado na clínica com adolescentes, uma vez que há modos de se apresentar numa relação transferencial e o de João era este, pela provocação aos profissionais. Se delineava um pedido em seus atos contraditórios, o que parecia ser um afastamento, eu escutava como um pedido de aproximação, que aos poucos, pôde ser transformado em um pedido de ajuda. E ao mesmo tempo era a proximidade que permitia João causar, o estabelecimento de uma relação transferencial abria espaço para ele aparecer.

Supor um sujeito como o da psicanálise permite outra interpretação e leitura sobre o que aparece de estranho nas manifestações do sujeito, é colocar a resistência do lado dos profissionais, que precisariam lidar com isto e não deixar do lado do sujeito. De certa forma, a resistência é “esperada” como obstáculo ao tratamento.

O “causar” marca o caso de João para a equipe, ele era visto sempre a partir daí, de um comportamento inadequado. Se num primeiro momento, ele se diferenciou dos outros adolescentes com seu modo de presença, o que marcou seu processo no serviço foi, exatamente, ser falado a partir dos significantes utilizados pelo senso comum para descrever os adolescentes em situação de rua. “Provocativo”, “manipulador” “está fazendo mau uso do serviço”, “não faz terapia”, “não vem para se cuidar”, “vem pra comer, quebrar”, “vem para causar” “não faz vínculo”, enfim, era visto como um “transgressor”, não como um sujeito que pedia ajuda para o seu sofrimento.

João parecia não suportar estar com o outro e montava sempre uma mesma cena: criava um conflito com a equipe ou outros usuários, pegava uma faca ou qualquer outro objeto cortante e ameaçava alguém, ofendia profissionais e usuários, cometia transgressões (roubava, traficava), quebrava o serviço (jogava cadeiras, quebrava vidros, portas, mesas), destruía suas próprias produções e de outros usuários e, por fim, parecia chegar aonde queria: numa autoagressão. Cortava-se com os cacos de vidro que quebrava ou marcava seu próprio corpo de um modo menos acidental, chegou a tentar suicídio dentro do serviço. Se cortava e se expulsava, parecia pedir para ser expulso e abandonado novamente, mas também era um pedido por limites.

Este era o modo do adolescente se relacionar com as pessoas, o que causava um efeito de repulsa nos profissionais e nos outros usuários do serviço. O maior impasse da equipe era interditar a violência, mas não sua enunciação, isto é, chegar em um “não” que não o expulsasse do serviço, mas que poderia estabelecer borda a ele. Era uma linha tênue e o maior desafio da equipe, que ficava polarizada: parte queria expulsá-lo, e outra parte, tentava sustentá-lo no serviço, fazendo uma leitura de suas atuações a partir de sua história. Eis que a questão

institucional presentificada na inauguração do serviço aparece no sujeito: a briga de forças entre SMS e a gestão anterior, aparece na tensão instituída na polarização: atender ou não atender João.

Tomei como direção escutá-lo para tornar o CAPS uma instituição em que ele pudesse ser e estar. O intuito era abrir e sustentar um espaço para que João pudesse falar sobre seu sofrimento, e assim parar de quebrar e se quebrar. Era preciso colocar no simbólico o que não podia ser nomeado, estabelecer um espaço para o aparecimento do sujeito e seu sofrimento. Tomar suas “crises” como um enigma e não como um comportamento a ser adequado e que ele pudesse ter controle. Tratava-se de um sujeito inconsciente, que transbordava sua dor, João desordenava o serviço para sustentar sua ordem.

Na realidade, a presença do adolescente se impôs e me fez escutá-lo, como referência, realizei um atendimento com tia Ruth, até então única “referência” presente fisicamente em sua vida naquele momento. Ela compareceu ao CAPS para dizer que gostaria de fazer parte do tratamento e retomou sua história com João. Relatou que o conheceu aos doze anos na rua, moraram juntos durante um tempo e tiveram que se separar, pois seu marido não o aceitou. Ruth, enquanto o chamava de “meu menino Jesus” (*sic*), chorou e se culpou por tê-lo abandonado novamente, como o pai havia feito.

Ela desabafou, pedindo ajuda, pois a relação com João estava muita “pesada” (*sic*), relatou que não tinha condições de cuidar, pois morava longe e sua família não o aceitava, colocou que precisava de tratamento psicológico para pensar a relação entre eles. Sugeri para Ruth referenciar o CAPS como um lugar de cuidado quando o adolescente pedisse ajuda. Coloquei a João a impossibilidade de cuidado de Ruth como ele demandava, o adolescente ficou nervoso e, também, desabafou: “já sabia!” (*sic*) e saiu da sala batendo a porta. Minutos depois, retornou ao atendimento e reclamou que ia ao CAPS, mas não adiantava nada, que não conseguíamos ajudá-lo e que eu nunca tinha tempo para ele.

Importante deste primeiro atendimento foi colocar o CAPS como referência de seu cuidado e foi essencial para que eu pudesse escutá-lo, o que me fez sair do lugar que a equipe me convocava por ser a profissional de referência. Esclareço que muitas vezes, sem perceber, eu “caia” no discurso manicomial e da instituição sobre João: “manipulador, está fazendo mau uso do serviço, não faz terapia, vem pra comer, quebrar” (*sic*) e respondia as demandas da equipe de retirá-lo do serviço, mais do que isso, não conseguia escutá-lo. A princípio, o papel da referência do caso, muitas vezes se confundia com esta dinâmica, ficava no lugar de adequar o comportamento do usuário e responder a demanda dos profissionais. Era preciso esvaziar o

discurso “pronto” sobre ele e separar o que era exigências da equipe e o que era um manejo necessário ao caso.

Alguns dias após a conversa, ele estava na convivência fora do seu dia e horário de atendimento. Quando começou a ficar agitado, fui chamada pela equipe para autorizar o lanche e mandá-lo embora. Me aproximei e disse: “Oi! Estava com saudades de você”. Ele me perguntou se eu estava de férias, respondi que havia ficado doente e ele exclamou: “não morreu? Que pena!” (*sic*). Não pedi para ele ir embora como solicitado pela equipe e fui o acompanhando pelo serviço, fomos até a cozinha e outros espaços, todo lugar que entrou recebeu um “não”. Um “não” que barrava qualquer possibilidade de dizer, mesmo assim, ao se deparar com esses “nãos”, ele conseguia dizer: “vocês são muito negativos! Sempre não, não e não” (*sic*). Coloquei que o “não” era importante para ele, pois se tratava de um cuidado. Mas a verdade é que ele também estava certo, havia uma linha tênue, pois alguns “nãos” o silenciava e interditava sua presença.

Como colocado por ele durante o atendimento com Ruth, percebi que de fato eu não tinha “tempo” para ele, pois estava respondendo as demandas e o tempo da equipe. Muitas vezes, para ser escutado, João gritava comigo no corredor e eu saía andando, o deixava falando sozinho. Comecei a me interrogar e repensar minhas ações, percebi que seus gritos diziam alguma coisa e precisava ser escutado. Assim, mudamos seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), combinamos que eu o acompanharia em uma convivência, uma vez na semana.

O projeto terapêutico singular, feito pela equipe, contemplava três dias da semana e a participação em oficinas abertas. Porém o adolescente extrapolava seu PTS, precisava mais do que estávamos dispostos a lhe oferecer. Ele não comparecia exatamente nos dias e horários oferecidos, nem permanecia nas oficinas propostas. João voltava todos os dias à revelia da equipe e sua presença no CAPS, todos os dias, fazia furo no nosso funcionamento manicomial.

Desse modo, ele provocava a equipe, pois explicitava nossas falhas, ao mesmo tempo em que não podia dizer de seu sofrimento, era muito pontual ao dizer o que falhava em nossa organização. A equipe se incomodava pois, segundo alguns profissionais, ele comparecia “sem demanda clara, nervoso e provocativo, pedia para comer, vaga em CRECA e perguntava da garota que dizia estar apaixonado”¹⁵ (*sic*). Era preciso um tempo para que a demanda se tornasse uma questão sua, o tempo do sujeito, que estava desalinhado com o tempo da equipe.

Fato é que o “causar” de João afetava a equipe de diferentes modos e isso fez com que olhássemos para o funcionamento do serviço que precisava de mudanças. A princípio o CAPS

¹⁵ Informações colhidas no prontuário.

funcionava de modo ambulatorial: grupos, oficinas e atendimentos individuais com hora marcada. Reproduzindo o modelo biomédico, sem pensar no perfil da população, reproduzia-se o mesmo com as crianças/adolescentes em situação de rua, fracasso anunciado para esses sujeitos que viviam um outro tempo nas ruas. A insistência de João ficar no serviço foi nos mostrando isso, através dos conflitos com a equipe para cumprir seu PTS ainda “burocratizado”.

O conflito se estendia para outros adolescentes, que também não compareciam na hora marcada e sim ao seu tempo: hora da fome, do “correr”, do banho, da “crise”, etc. Como aponta Lancetti (2015, p. 87) “as pessoas em situação de rua vivem em outra temporalidade: em vez de olhar para o relógio ou para o calendário, eles dizem ‘ainda não almocei...’ e, basicamente, desconfiados, não suportam esperar [os atendimentos nos serviços de saúde], às vezes mesmo com dor”.

Havia um embate com a equipe que via nisso um “mau uso do serviço”, um mau comportamento que precisava ser adequado. Assim os profissionais entravam num jogo de forças com os usuários: se ocupavam em tirá-los do serviço quando não vinham na hora correta e tentavam fazê-los retornar no horário marcado, estabelecendo uma relação de rivalidade e disputa por poder. Perdia-se de vista o mais importante: a escuta para esses usuários que, num primeiro momento só podiam enunciar seu sofrimento “transgredindo” ou “causando” no serviço.

Os pilares da Clínica de Linguagem me davam subsídios para tomar o momento inaugural como instância em que o sujeito dirige uma questão e supõe um saber ao clínico. Trata-se do estabelecimento da clínica, em que se considera a relação entre técnico e usuários como uma construção, o que exige um tempo para que uma questão singular possa ser elaborada e dirigida aos profissionais. Supor o estabelecimento de uma relação transferencial, permite o clínico olhar o sujeito para além do seu comportamento, o que me impedia de ficar paralisada nos pedidos imediatos e urgentes dos adolescentes e escutar algo aí, vendo a possibilidade de um tratamento a ser constituído.

Bezerra e Rinaldi (2009, p. 348) explicam que a Psicanálise foi elaborada a partir de algo do paciente que insistia em atrapalhar o tratamento, tornando-se um impasse para Freud (1914). Foi preciso elaborar um manejo para que o atendimento psicanalítico fosse efetivado, paradoxalmente, o impasse tem origem nos mesmos afetos que impulsionam o tratamento.

A novidade trazida por ele foi justamente a de descobrir as suas raízes inconscientes e fazer deste fenômeno o operador central da clínica. A transferência se desenvolve a partir da inclusão na realidade psíquica do

sujeito do novo campo de relações estabelecidas com o psicanalista, o que pressupõe um reinvestimento pulsional.

O tratamento só é possível uma vez que a transferência é instalada. As pesquisadoras (2009, p. 348) apontam para a necessidade de trazer tal conceito para o cotidiano dos serviços de atenção psicossocial e alertam: “a transferência não se estabelece a partir da mesma lógica instituída pela realidade dos serviços, mas sim como efeito do Inconsciente, que não necessariamente está em conformidade com a realidade delineada pelo cotidiano dos serviços”. A transferência exige que a clínica esteja mais voltada a singularidade dos casos e menos as burocracias dos serviços. A atribuição de um saber aos técnicos da equipe é o cerne do processo de transferência, que deve ser manejada na clínica para viabilizar o tratamento. Sendo assim, o equipamento precisava de mudanças para permitir o estabelecimento de uma relação transferencial com os adolescentes em situação de rua.

Um CAPS deve estar configurado para acolher a crise, para isso deve funcionar de “portas abertas”, isto é, sem hora marcada, uma vez que a crise não obedece ao tempo cronológico e, na maioria das vezes não é possível antecipá-la. Segundo Lancetti (2015, p. 55), tensão comum aos CAPS álcool e drogas, mas que cabe a essa discussão:

Os CAPS AD são, por definição e método de trabalho, instituições abertas. Esta é a primeira tensão que se cria no dia a dia dos CAPS AD. Diferentemente de instituições que exigem abstinência, os CAPS AD estão de portas abertas. Eles priorizam as situações de maior risco, às vezes à custa de mobilizar o serviço inteiro.

A gerente do CAPS naquela época (Bethânia) e a supervisora de Saúde Mental do Centro (Caetana) colocavam em discussão a necessidade de mudanças serem instauradas no serviço. Além da exigência de comparecimento no horário marcado, a oferta de atendimento se dava pelos grupos e oficinas, não pelo sujeito. Bethânia começou a colocar a importância de os usuários estarem no CAPS durante um período todo: café da manhã, grupos/oficinas, convivência, almoço, café da tarde, etc., isto é, um tratamento intensivo, ou semi-intensivo como previsto pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

A primeira mudança em nossa rotina foi fazer valer a “porta aberta” e organizar o serviço para o “imprevisível”, isto é, para a hora da fome, do “correr”, do banho, da crise, etc. O foco principal do serviço eram os “plantões” de acolhimento e convivência, ou seja, a maior parte da carga horária dos profissionais era disponibilizada para acolher o que não podíamos prever. Além disso, não havia critérios como a abstinência ou até mesmo em relação à aparência

dos adolescentes como ocorria em outros equipamentos que exigiam, por exemplo, que os usuários tomassem banho para serem atendidos, conforme denunciado por Lancetti (2015), exigências que fechariam as portas do serviço a eles.

A partir dessa primeira mobilização, o CAPS abriu as portas para essas crianças que tinham uma outra organização nas ruas, ou seja, instauramos mudanças para garantir o acesso de João e outras crianças/adolescentes, assim fazíamos valer os princípios do SUS. De acordo com Oliveira (2007, p. 30), é necessário viabilizar o acesso aos cuidados em saúde mental para crianças e adolescentes do país:

O trabalho de recepção às crianças e adolescentes não é uma tarefa que se possa realizar a partir de uma posição passiva. Há um trabalho preparatório do terreno, necessário para que essa chegada possa acontecer e favorecer uma liga, um laço, senão de tratamento, ao menos de referência para que voltem quando quiserem e precisarem.

Na intensidade das discussões com a equipe, tive o primeiro contato com os princípios do SUS: equidade, integralidade e universalidade. Pude vivenciar tais conceitos ali na prática e num momento posterior, numa leitura retroativa, pude perceber o quanto eles direcionavam o tratamento e como me transformou enquanto clínica. Nas reuniões de equipe, alguns profissionais acusavam a equipe de estar negligenciando o cuidado dos usuários com transtornos mentais em detrimento do acolhimento das crianças/adolescentes da rua. Criava-se uma dicotomia, como se tivéssemos que escolher quem atenderíamos: usuários de substâncias psicoativas ou com transtornos mentais. A disputa inaugural do serviço afetava novamente nosso cotidiano, isto é, forças institucionais se presentificavam num imperativo de que esta população não tinha perfil para CAPS. Ainda contávamos apenas com a Portaria GM/MS nº 336 para direcionar nosso trabalho, que não citava os adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas.

Bethânia trouxe à tona os princípios do SUS, colocou o conceito de “equidade”, que diz respeito “aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos” (Brasil, 2010b, p. 59). A dificuldade de acesso ao serviço público está diretamente relacionada à desigualdade social. Neste sentido, fala-se em prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico.

A gerente convocou a equipe a pensar na vulnerabilidade da população, colocava que as crianças/adolescentes em situação de rua estavam desprotegidas, em risco, sempre à beira da morte. Foi preciso estabelecer prioridades no serviço, isto é, reconhecer qual era população mais vulnerável do território. É por este caminho que se estabelece um diagnóstico na Clínica Ampliada, que inclui a avaliação da equipe, questões sociais e de violação de direitos. O que subverte o raciocínio positivista, em que o diagnóstico é centrado nas classificações da Psiquiatria e no saber soberano do médico. Sendo assim, o diagnóstico na clínica ampliada

deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A equipe deve tentar 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 (BRASIL, 2010a, p. 12).

O risco estava atrelado à história e a posição que cada criança/adolescente ocupava na vida. O conceito de equidade abarca também a singularidade de cada caso e ultrapassa os rótulos “situação de rua”, “transtorno mental”, etc. Uma criança/adolescente com transtorno mental dependendo do contexto social e do lugar psíquico que ocupa pode estar mais em risco que outras crianças em situação de rua, o que não nos deixava negligenciar nenhuma população ou “grupo”. A gravidade dos casos não é estável, fixa, ela ultrapassa o diagnóstico médico que, muitas vezes, sentencia o sujeito. Como sintetiza Elia (2010, p. 03):

O para todos da polis, da política, não deve reduzir-se a um para todos os cidadãos concebidos como indivíduos componentes do “grupo social”. O para todos é de ordem lógica. O que é para todos é, por isso mesmo e não apesar disso, para cada uma das intimidades em cena, em jogo, em ação, em tratamento, em operação, em trabalho. (...) se um serviço de saúde mental público se define como exclusivamente apropriado para determinado perfil, diagnóstico, de gravidade, de tipo de “doença”, (como poderia definir um perfil de sexo, idade, raça, filiação política, grau de inteligência ou qualquer outro), deixou de respeitar a universalidade do acolhimento, princípio do SUS que é absolutamente consoante com a contingência não previamente qualificada do sujeito do inconsciente, e que, por sua vez, é inteiramente afinada com a lógica científica do universo infinito e contingente.

Desse modo, a gerente do serviço, conseguiu deslocar o olhar da equipe para além do diagnóstico médico que, nesse caso, não era apenas o que estava em causa, mas também os preconceitos e valores morais que acompanham o rótulo “usuário de drogas” os reduzindo a um “grupo social” como definiu Elia. Por fim, a discussão a partir do princípio da “equidade” foi

importante para garantir o acesso desta população ao serviço e permitiu olhar para cada caso de modo singular. Assim, o conceito passou a integrar meu raciocínio clínico, junto com os outros princípios, uma vez que os três estão imbricados, pensar em equidade, é também pensar na universalidade do sistema de saúde e no acesso aos serviços.

Diante desse contexto, fomos adequando o serviço para garantir a entrada da população em situação de rua, à medida que entraram ali foram fazendo “furo” na nossa organização e a equipe precisou rever processos e mudar diversas vezes a dinâmica do trabalho para garantir a presença dessas crianças e adolescentes. Repensávamos o serviço a partir do funcionamento dos usuários, que muitas vezes aparecia com as “passagens ao ato” ou “*acting out*” conceitos que serão aprofundados à diante, mas que era nomeado e concebido por parte da equipe como “causar” e “mau comportamento”.

Mais uma disputa assolava o serviço e partia a equipe em dois lados, era a divisão entre “manhã” e “tarde”. Os profissionais que cumpriam a carga horária no período na manhã apontavam que a equipe que trabalhava à tarde era “desorganizada”, pois não iniciava os grupos no horário marcado, não conseguiam evoluir os prontuários, etc. A equipe da manhã tinha razão, não por negligência dos profissionais, mas porque no turno da tarde a instituição “implodia”, ou melhor, “estilhaçava”¹⁶.

Pode-se dizer que era o momento que o CAPS ficava mais vivo e à mercê do funcionamento dos usuários. Não por uma questão cronológica, mas por diversos motivos: os acolhimentos que não eram resolvidos pela manhã passavam para a equipe da tarde, se aglutinando com aqueles que chegavam ao serviço após as 14h, horário que a equipe da manhã deixava o serviço. As crises eram mais frequentes uma vez que ao longo do dia o serviço ia enchendo e assim o encontro entre os usuários ficava mais intenso. Era muito comum, os adolescentes em situação de rua começarem a “causar” quando à noite caía, uma vez que o horário do CAPS fechar se aproximava. Poderia elencar inúmeros motivos, mas o que importa é que as crianças/adolescentes apareciam ali, não se tratava dos manejos dos profissionais, mas do funcionamento dos usuários e da instituição que permitia a emergência do sujeito. Diante dessa cisão, Bethânia fez uma mudança prática na organização da equipe, todos os profissionais passaram a se revezar entre o período da manhã e da tarde, além de esvaziar a rivalidade entre os turnos, todos os técnicos vivenciavam as nuances da instituição.

¹⁶ “Institution éclatée”, expressão de Maud Mannoni para definir a École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne, instituição fundada pela autora destinada às crianças autistas e psicóticas. O termo é utilizado para descrever a “forma um tanto marginal de funcionar”, embora seja usual traduzir “éclatée” por “estourada”, opta-se pela tradução “estilhaçada”, pois remete à figura de um espelho estilhaçado (Lajonquière; Scagliola, 1998, p. 20).

Outra mudança em nossa organização instituída pela gerente foi o “livro de plantão”, João “causava” com frequência no início da noite, quando se aproximava a hora de fechar o serviço e retornava o dia seguinte no horário de sua abertura. Os profissionais que o recebiam pela manhã, não sabiam o que havia ocorrido no dia anterior, obviamente ele não contava a eles e permanecia no CAPS como se nada estivesse acontecido. Assim, ele “atuava” nas brechas e desorganização do serviço. Para resolver o impasse, Bethânia criou o “livro de plantão” para que os profissionais que fechavam o serviço pudessem conversar com aqueles que o abria. Escrevíamos as intercorrências ocorridas, os combinados feitos com os usuários e as direções a serem tomadas. A primeira tarefa a fazer pela manhã era ler o livro, discutir a situação e definir manejos. Desse modo, costurávamos um dia no outro. João passou a ser acolhido e convidado a falar sobre seus atos assim que adentrava o equipamento.

O espaço físico do CAPS também foi lugar de intervenção da equipe. Logo no primeiro dia de trabalho, o fatídico “dia do ônibus”, em meio ao tumulto, os profissionais arrancaram as placas que nomeavam as salas de atendimento: “consultório médico”, “sala de atendimento 1, 2”, etc., com o objetivo de tirar a “cara” ambulatorial do serviço. Ou seja, a entrada destes trabalhadores também fez furos na instituição.

À medida que os técnicos foram habitando o serviço e os processos de trabalho mudavam, o espaço físico também sofria transformações. Em certo momento, alguns profissionais sugeriram pintar o CAPS, colorir as paredes com grafites e pinturas para deixar o serviço com uma “cara infanto-juvenil”. Fomos proibidos pela Supervisão Técnica de Saúde, resistimos, insistimos e conseguimos autorização para pintar os batentes da porta. O CAPS ficou mais colorido, mas ainda não do modo como queríamos. Como também éramos transgressores, depois de um tempo pintamos todas as paredes com a ajuda dos usuários, dessa vez, sem pedir autorização para STS.

É importante enfatizar que a principal mudança no serviço foi investir na potência da convivência, tanto numa intervenção no espaço físico como numa configuração clínica. É este dispositivo que garante a “porta aberta” e faz de um CAPS, um CAPS. Foi o espaço que garantiu o acesso e a presença de João na instituição. Como dito, o PTS do adolescente era fragmentado e pensado a partir das atividades realizadas, pois, tentávamos encaixar os usuários nas ofertas terapêuticas do serviço. Até que um dia, João e eu pudemos construir um novo PTS juntos, como sempre, a partir de um conflito gerado por ele, e assim, exerci o papel de referência como dito nas diretrizes do SUS, conforme nos explica Dias (2022, p. 60-61):

Nesse sentido, sugerimos um outro acento no que tange aos PTS como diretriz norteadora da singularização do cuidado, a partir da ênfase no desejo como traço mais singular do sujeito: o destaque se dá em torno do que é próprio a cada sujeito e não na criação prévia de um projeto. Propomos, então, priorizar o desejo como dimensão singular do sujeito e, a partir disto, se pensar em possíveis projetos.

Estávamos na convivência, João aumentava o volume do rádio e os outros usuários pediam para ele abaixar. A cena se repetiu algumas vezes, até um adolescente gritar: “você não é mais do que ninguém aqui” (*sic*). João ficou muito nervoso, saiu da convivência, pegou um porta-chaves e foi para outra sala pintá-lo sozinho. Me aproximei e disse que a convivência era um espaço para ficar todo mundo junto, fazendo atividades juntos, com todos, unidos. Ele respondeu que era unido com ele mesmo e falou das rupturas que teve na vida com sua irmã, pai, Ruth. No final da conversa, João pediu para ir todos os dias ao CAPS, entendi que ele estava me pedindo para conviver com outros. Acordamos, então, um novo PTS: estar na convivência, todos os dias, dessa vez construído junto com o adolescente.

Parte da equipe não compreendeu e perguntava “isso virou centro de convivência?”. Eu respondia que isso dependia da escuta dos profissionais que estavam ali e não de um espaço físico. Tratava-se de uma escuta diferente da escuta de profissionais de um centro de convivência da Assistência Social, por exemplo. Eu sabia que a tensão continuaria, mas apostava que instituir sua presença através de seu PTS, atenuaria pelo menos o jogo de forças: ficar x sair do serviço.

A “escuta” que me referia dizia respeito ao conceito instituído pela Política Nacional de Humanização. E mais particularmente, a partir de minha especificidade, aquela constituída pela minha formação na clínica de linguagem. Embora ainda não consolidado na prática, a grande conquista do SUS foi romper com a hegemonia da concepção biomédica e o pensamento causalista em suas diretrizes. Trata-se do enfrentamento de uma clínica que:

- 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos. (Brasil, 2010b, p. 55).

Os princípios do SUS instituíram mudanças na concepção de saúde e, conseqüentemente, nos modelos de atenção e gestão. A definição de saúde não mais se reduz à ausência de doença, uma vez que passa a ser concebida através da “vida”, como uma produção social, econômica e cultural (Brasil, 2010a, p. 15).

Sendo assim, foi necessário rever os “meios” ou instrumentos de trabalho utilizados como herança da clínica médica, que passaram a se mostrar insuficientes na atenção à saúde. Segundo a Cartilha Clínica Ampliada e Compartilhada (2010^a, p. 46) as situações colocadas pelas equipes como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da clínica tradicional. Em virtude disso, se faz necessário outras concepções e instrumentos para que os profissionais possam lidar com cada sujeito de uma forma diferente da tradicional.

O caráter universalizante, generalizável para todos, não é mais suficiente para definir o tratamento de uma pessoa, uma vez que supõe alguma regularidade e produz uma igualdade, pois separa os “doentes” em categorias como “hipertensos, diabéticos, loucos, etc.”. No caso de João, tais instrumentais não alcançavam o que era questão: a fala do sujeito e sua relação com o discurso do outro. Categorizar João como “dependente químico” além de nada esclarecer sobre ele, o impedia de acessar o serviço.

A “escuta” é um dos instrumentos de trabalho propostos para o novo modelo de atenção, que significa:

(...) acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos. Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma. (Brasil, 2010a, p. 24).

Nesse sentido, não cabe mais como instrumento uma anamnese com questionários pré-estabelecidos sobre a doença, que pressupõe que o “doente” seja passivo em relação ao seu tratamento. E que, além disso, esvazia a potência do trabalho em equipe, uma vez que os profissionais realizariam as mesmas perguntas pré-determinadas aos usuários, apagando a especificidade de cada um. Segundo a Cartilha Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico (2004b, p. 17), partindo do conceito de “escuta”, a proposta é o usuário falar livremente e assim dar espaço para suas ideias, palavras e “história de vida”. Trata-se de construir uma narrativa com vistas a conhecer as singularidades do sujeito: os medos, as raivas, as manias, o temperamento, seu sono e sonhos, etc. Narrativas que ajudam a entender a dinâmica do sujeito e suas características, com a ideia de que: se os fatos passados não mudam, as narrativas podem mudar, e isto pode fazer muita diferença.

Muito mais do que o profissional conhecer a vida do usuário, o intuito é ele se reconhecer diante do problema de saúde através de sua história. De acordo com a Cartilha

Clínica Ampliada e Compartilhada (2010a, p. 50-53), o sujeito falar sem filtros e direcionamentos determinados a priori tem uma função terapêutica, pois lhe permite situar os sintomas em sua vida e o implica em sua própria situação. Assim, os profissionais podem reconhecer as singularidades do sujeito e, conseqüentemente, os limites das classificações diagnósticas. O que rompe com a ideia de que o profissional tem o saber absoluto sobre o usuário, tornando-o protagonista de seu tratamento.

Ainda com a Cartilha (2010a, p. 12) “para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de ‘igual’, o que ele apresenta de ‘diferente’, de singular”. O olhar se estende para o sujeito, não mais fragmentado em partes, para sua família e território. Desse modo, o profissional ideal não será aquele que conhece todas as doenças, mas sim aquele que está interessado e comprometido com os sujeitos. O que rompe com o modelo biomédico, em que cada especialista:

(...) se preocupa com a “sua” parte (que é cada vez menor com a especialização e burocratização). Ou seja, supõe-se que o sujeito pode ser fatiado em pedaços e reduzido a diagnósticos, por abordagens profissionais diferentes, e que no fim da “linha de produção”, depois que cada profissional *apertou um parafuso*, chegar-se-á num usuário integralmente atendido e com seus problemas resolvidos. Não é o que acontece. (Brasil, 2004a, p. 07).

Nesse sentido, o conceito de “escuta” da clínica ampliada carrega toda uma mudança de paradigma, que se afasta do “cada um faz sua parte” presente no modelo ambulatorial. Herança da concepção biomédica, tal modelo tem como procedimentos as consultas e terapias com hora marcada para cada especialidade. O tempo da sessão é definido a priori, uma hora para cada usuário ou até meia hora, caso haja metas estabelecidas pela produtividade. Note-se que está em questão a quantidade de atendimentos e não o sujeito. Não à toa, quando ingressei no CAPS desconfiava da efetividade dos grupos, pois acreditava que era este raciocínio que estava em questão.

O modelo biomédico ainda é muito “enraizado” como o único modo efetivo de fazer saúde, tanto para o senso comum como para a maioria dos profissionais. Por isso a insistência em marcar horário para os meninos em situação de rua e o incomodo dos profissionais ao ver o novo PTS de João. Ampliar o horário do adolescente para todos os dias na convivência foi romper com esse padrão e desburocratizar seu PTS.

O que de fato é relevante nas mudanças operadas é a posição do clínico que tem a “escuta” como instrumento e conceito instaurado dentro das configurações da PNH. Dessa forma, para garantir os princípios do SUS, há uma ruptura com a concepção de sintoma da

Medicina como única possibilidade de cuidado, colocando outras correntes teóricas em cena para o trabalho em saúde. Tal determinação abre espaço para a clínica de linguagem operar nos equipamentos públicos.

Esclareço, a descentralização do sujeito epistêmico, instituída pelos princípios do SUS e PNH, é o que abre possibilidades para outras concepções de sujeito operarem na clínica: seja o sujeito do inconsciente, seja o sujeito de direitos ou até mesmo o epistêmico. Segundo consta na Cartilha (2010a, p. 09) “a proposta da Clínica Ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas”. Este é o grande impacto dos princípios do SUS, dissolver a hegemonia do sujeito epistêmico e colocar a possibilidade de os profissionais operarem com outros modos de conceber o sujeito e sintoma, a partir de suas escolhas teóricas. É aí que se abre espaço para a clínica de linguagem nos serviços do SUS, uma vez que esta que não concebe sujeito e sintoma como o modelo biomédico, se as diretrizes fossem fundamentadas a partir daí esta clínica não caberia nos equipamentos de saúde.

Ressalto que não há equivalência entre a noção de escuta e sujeito da PNH e da clínica de linguagem. Seria impossível, pois a clínica ampliada é diretriz de uma política pública (PNH) e a clínica de linguagem, uma clínica. Trata-se de conceitos diferentes, mas que se encontram na subversão ao modelo biomédico. Lembrando que a PNH não se trata de um programa, mas sim de uma política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Desse modo, é norteadora de todos os equipamentos em qualquer ponto de atenção da rede: atenção básica, especializada, urgência/emergência, hospitalar, etc.; por isso é preciso caber diversas concepções de sujeito e sintoma.

A PNH é herança das revoluções da Reforma Psiquiátrica, portanto, os CAPS nascem destas outras práticas de atenção e gestão. Como diz Arantes (2006, p. 321), no campo da Saúde Mental não é possível manter o determinismo da relação de causa e efeito como na clínica médica, uma vez que “não há estabilidade entre causas psíquicas e efeitos sintomáticos: há sobredeterminação, ou seja, a “causa” é inatingível”.

A clínica de linguagem seguiu uma trilha semelhante à construção do SUS e Reforma Psiquiátrica, uma vez que se afasta dos mesmos paradigmas que, como já dito, insuficientes quando o que está em questão é a linguagem. Nesse sentido, categorias nosológicas como “apraxia de fala”, “distúrbio articulatorio”, “dislalia” são insuficientes para direcionar o fonoaudiólogo em um Centro de Atenção Psicossocial.

Tais diagnósticos “talvez atendam à ilusão de que se dispõe uma técnica – o que aparentemente apazigua fonoaudiólogos, mas que recobre, no mesmo ato, o enigma que o

convoca” (Arantes, 2006, p. 322). A técnica utilizada é preparada e antecipada antes do encontro com o paciente, decide-se de antemão, por exemplo, qual fonema será instalado naquela sessão. Há um paradoxo, uma vez que, a direção de tratamento já estaria decidida antes do instante clínico.

Preparar a terapia ou fazer um plano terapêutico não está no escopo da clínica de linguagem. Há um afastamento dos instrumentais da Fonoaudiologia tradicional como anamnese, protocolos de avaliação que não cabem numa clínica de atenção à crise, em que a avaliação é realizada em diversos espaços, não se restringem as salas de terapia e supõe um sujeito e não um organismo fragmentado.

O modo como a clínica de linguagem é configurada pode ser ferramenta para a clínica ampliada e da atenção psicossocial: um sujeito enuncia uma queixa para aquilo que o faz sofrer e direciona um pedido de ajuda ao clínico. O instrumental utilizado na clínica de linguagem é uma escuta constituída teoricamente, que nos permitiu deixar de lado procedimentos como anamnese e protocolos de avaliação para utilizar entrevistas e a escuta para a densidade significativa da fala. Isto é, há um universal teórico que permite abarcar o singular de cada caso.

Os CAPS não obedecem à lógica que está na base de uma clínica que instala fonemas para corrigir a fala, ou seja, se afasta desse raciocínio, também instaurado na Fonoaudiologia tradicional. De acordo com a Cartilha Equipe de Referência e Apoio Matricial (2004a, p. 46-47):

À equipe cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e para o novo e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergavam certezas, podem-se ver possibilidades. Nas situações em que se enxergavam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do Projeto Terapêutico Singular, grandes diferenças. Nas situações em que se imaginava haver pouco o que fazer, pode-se encontrar muito trabalho.

As críticas da clínica de linguagem para esses procedimentos se escancaram no CAPS, pois tais instrumentos e técnicas são inviabilizados na rotina do serviço. Por exemplo, por ser um serviço “porta aberta”, não é possível saber quem chegará para o acolhimento, como na cena inaugural com João, não haveria como prever se sua queixa seria para um fonoaudiólogo, mas eu estava à disposição de qualquer demanda para o serviço. O que exige uma escuta para o que não podemos prever, essencial para o trabalho, pois trata-se de uma clínica do imprevisível.

Na convivência não há antecipação, como pode ser observado nas cenas apresentadas. Uma clínica que categoriza a fala e tem como raciocínio a preparação da terapia para corrigi-la

se torna insuficiente. Preparar a terapia antes é impossível na configuração clínica dos CAPS, uma vez que o imprevisível impera com a emergência do sujeito que exige uma posição do profissional que excede as especialidades.

O sujeito não distingue o especialista e não obedece às especialidades nos momentos que habita a convivência e, principalmente, nos momentos de crise. Não há algo do tipo “estou diante da fonoaudióloga, então é hora de corrigir a fala”, o que emerge do sujeito não obedece à oferta das especialidades. O que está em questão é a hora do banho, do corre, etc., isto é, o tempo do sujeito. Desse modo, na convivência estamos lá para escutar, a oferta é outra, é a presença e corpo do clínico.

Como disse anteriormente, minha prática clínica previa sessões de 45 minutos, em que esgotado o tempo do atendimento, o paciente voltava para sua casa. O acolhimento no CAPS excede qualquer possibilidade de contagem num tempo cronológico. O encontro com o usuário fura qualquer tentativa de padronização de métodos e procedimentos que sejam anteriores ao instante clínico. O profissional está lá com seu corpo, sem uma atividade para direcionar ou protocolos para seguir, há um “corpo a corpo” com o usuário que desnuda o profissional. É uma clínica de efeitos em que o clínico é afetado pelo sujeito no instante clínico e vice-versa, sendo assim, é o profissional e seu corpo que faz a potência do lugar.

João ainda comparecia ao CAPS solicitando vaga em abrigo, mesmo sabendo que não éramos o serviço responsável para tal procedimento. No entanto, eu não tomava como importante o pedido em si, mas o direcionamento feito a nós, ou seja, onde havia certezas de que ele não estava no lugar “correto”, eu via possibilidades. Então, o acompanhei ao ECCA¹⁷, equipamento da Assistência Social que captava vagas para acolhimento institucional, onde constatei que sua presença também era inquietante. O educador que nos recebeu disse que por causa de João os CRECAs haviam fechado, que ele deveria retornar para sua região e não tinha perfil para abrigo, pois este serviço era destinado só para aqueles que possuíam casa. Ou seja, João não tinha perfil para um equipamento destinado a acolhê-lo.

Quando o sujeito sai do esperado, nesse caso, do fluxo da rede, ele não tem perfil para o serviço, inverte-se a lógica, o problema fica no usuário, enquanto o que deveria ser interrogado é o funcionamento e fluxo dos serviços. Apesar das tentativas que continuaram nos

¹⁷ Espaço de Convivência para Crianças e Adolescentes em Situação de Rua que tem como objetivo acolher crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social, criando um espaço alternativo e intermediário de sociabilidade entre a rua e o território de origem da família. Disponível em: <https://www.cieds.org.br/268,2,novo-espaco-de-convivencia-para-criancas-e-adolescentes-em-sao-paulo>. Acesso em: 06 out. 2023.

dias que se seguiram, João não conseguiu a vaga. Como a situação de vulnerabilidade não foi suficiente para uma medida protetiva, tia Ruth passou a alugar um quarto em uma ocupação para o adolescente morar, situada bem próxima ao CAPS, o que o fez estreitar ainda mais o laço com a equipe.

Quanto mais João habitava o serviço, maiores eram os conflitos, constituídos em torno de suas paixões. Assim trazia questões da sua sexualidade: a prostituição e o desejo por homens e mulheres. Outro modo de leitura, para além dos significantes que o fixavam no discurso da equipe. Naquele momento, o que eclodia era sua paixão por Tereza, adolescente também acompanhada no serviço, e por Gil, oficineiro que trabalhava no CAPS.

Em um episódio, ao se frustrar com Tereza, João a agrediu verbalmente, ameaçou matá-la, andou pelo prédio gritando e a xingando, retornou ao CAPS, quebrou uma caneta e ameaçou machucá-la. A equipe decidiu que como punição, ele não participaria da oficina de música. Coloquei que ele precisava desse espaço de cuidado, pois estava sofrendo devido à frustração com Tereza. Decidimos que ele faria uma atividade com um oficineiro fora do CAPS.

Durante um evento do dia da Luta Antimanicomial, realizado no Vale do Anhangabaú, os adolescentes do CAPS montaram uma apresentação na oficina de música. João não conseguiu fazer parte da construção coletiva e “causou”: chegou ao evento “baforando” uma garrafinha de thinner e provocou uma briga com outro usuário que também estava apaixonado por Tereza. No dia seguinte, ao falar do ocorrido, disse que não se importava em perder mais ninguém, já que havia perdido sua irmã.

Nos dias que se seguiram, João foi visto vestido de mulher, de batom, no Largo do Arouche, ponto conhecido pela prostituição. Passou a trazer tais conteúdos para a equipe: falou da dor e violência da prostituição e como isso o confundia em relação aos seus desejos. Ao mesmo tempo em que parecia querer mostrar e sustentar sua masculinidade, numa posição heterossexual com as profissionais da equipe e usuárias do serviço, trouxe relatos de seus relacionamentos sexuais com travestis e homossexuais.

Eram recorrentes os conflitos que João estabelecia com o oficineiro Gil: fazia piadas com a homossexualidade, era agressivo, o ameaçava: “hoje eu mataria um viado” (*sic*). Tinha uma relação paradoxal com ele, ao mesmo tempo o odiava e amava, tentava se aproximar e o afastava. Este era o modo que João começava a poder falar: “odeio homossexuais, todos são traidores! Fingem serem amigos, mas depois tentam transar comigo” (*sic*). Contou para outro oficineiro que se relacionou com um travesti na Parada Gay e explicou que “pegar viado é diferente de pegar travesti” (*sic*). Provocava Gil, quebrava objetos e ameaçava cortá-lo com os

cacos. Certo dia, João roubou a blusa do oficinairo, montou uma cena para ser visto: colocou a blusa, andou com ela pelo CAPS, foi até a sala dos técnicos me procurar e então saiu do serviço vestido com a blusa.

A proposta da equipe era impedi-lo de voltar ao serviço, dar uma suspensão de alguns dias para pagar pelo delito. No dia seguinte, eu e a psicóloga tínhamos um atendimento domiciliar marcado com João. Tomamos outra direção que não a punição e mantivemos a visita em sua casa. Quando chegamos, ele estava dormindo e nos recebeu com rispidez: “quem deixou vocês entrar? Quem convidou vocês?” (*sic*). Respondemos juntas: “você”! João morava em um quarto dentro de um estacionamento, ao nos receber, deitou-se em sua cama de costas para nós, ligou a televisão e o rádio. Aos poucos, abaixou o volume do rádio, desligou a televisão e falou coisas importantes: “o que falta na minha vida é a Ruth” (*sic*). Contou de seu amigo que estava na Cracolândia e não queria mais saber dele “trocou a namorada por crack” (*sic*). Tomou um toddy e fez um ovo frito “quadrado” no microondas nos ensinando a “receita” (assunto para muitas conversas posteriores), mostrou fotos de seu aniversário com Ruth e o porta-chaves que pintou no CAPS no dia que modificamos seu PTS.

Conversamos sobre o roubo da blusa de Gil, a princípio ele negou, mas ao longo da conversa explicou que fez isso, pois o oficinairo o chamou de ladrão. A psicóloga apontou que ele, de fato, acabou virando “ladrão” (*sic*). Colocamos que não adiantava ele cometer delitos para nos afastar, estávamos ali com ele e não iríamos desistir. Abrimos a possibilidade de reparação ao invés da punição: sugerimos para ele, retornar ao CAPS e pedir desculpas para Gil. Diferente do modo que estava acostumado a fazer em suas relações: cometia uma transgressão e rompia os laços. João aceitou e disse que compraria outra blusa para o oficinairo. Ficou ausente do serviço por uns dias, quando retornou, pediu desculpas: a princípio não olhou para Gil, escondeu seu rosto, ao pontuarmos isso, ele levantou e disse “homem que é homem olha no olho” (*sic*). Pediu desculpas, disse que sabia que havia errado e estava arrependido.

Meses depois, João retornou ao serviço com a blusa de Gil, houve uma comoção entre os profissionais que ficaram atordoados diante de sua provocação e ousadia. O clima do serviço se modificava, os técnicos se uniam para uma reunião de “emergência” para discutir e definir manejos. No lugar de uma questão, veio uma resposta reativa e impositiva da equipe: o adolescente teria que devolver a blusa para permanecer no serviço. Passamos o dia inteiro discutindo e fazendo inúmeras conversas e tentativas de fazer João devolver a blusa, este se negava e provocava cada vez mais a equipe. Assim, os profissionais entraram numa briga de forças com o usuário, que resultou em uma contenção física do adolescente. Com os olhos todos

voltados a ele, sendo o centro das atenções, João “crescia” e soube aproveitar o palco. A equipe deu um ultimato, alguns profissionais o cercaram e não havia outra saída para João, só sairia da situação se devolvesse a blusa. O adolescente ficou muito agitado até a equipe o parar em uma contenção física. Mesmo assim, João não cedeu, rasgou a blusa enquanto era contido para ter “nada” a devolver.

Não houve espaço para perguntas: Por que João retornou com a blusa? O que queria João ao nos mostrar a blusa roubada? O que ele estava dizendo? Por que se apresentava assim, provocando a equipe? E muito menos a possibilidade de sustentar o “não saber” que as perguntas nos provocariam. Houve lugar apenas para um saber totalitário e imperativo: “devolve a blusa!”. Como já tínhamos um único objetivo, não havia espaço para João, o que tratamos foi seu comportamento, havia uma única resposta esperada e aceitável. Entretanto, ele furou o saber totalizante e cometeu um ato inesperado ao cálculo da equipe. Como nos ensina Bastos (2009, p. 41-42):

Quando o profissional encarna o saber, não dá espaço para que o sujeito o produza. Aliás, o questionamento por parte do sujeito não só não é necessário, como, às vezes, é fonte de um verdadeiro incômodo. É comum que se depare com colegas irritados por terem sido questionados pelos pacientes. No rastro da ciência, calcados em um saber que seria garantido por esta, muitas vezes os profissionais de saúde aderem ao tratamento moral ou comportamental, tão difundidos atualmente.

Em outra cena, João pediu falar comigo, pois queria ligar para a tia Ruth, não atendi prontamente sua demanda. Na primeira tentativa estava em um grupo terapêutico e na segunda, eu estava evoluindo os prontuários do grupo e pedi para ele esperar um pouco. Coloquei um cinto que estava usando em cima da mesa, João que ainda permanecia na sala dos técnicos silenciosamente, rapidamente pegou o objeto e saiu mostrando o “prêmio” pelos corredores, me xingando e ameaçando me matar. Imediatamente fui atrás dele pedindo para devolver meu cinto. Pois bem, João conseguiu o que queria: minha atenção centralizada nele, respondi imediatamente ao seu ato.

Retornei para a sala dos técnicos e deixei a intervenção para a equipe de plantão, como já estruturado em nossa organização para momentos de crise, o profissional que estava no foco, se retirava da cena. Os técnicos andavam atrás de João que continuava circulando pelo CAPS, gritando sua raiva contra mim. Na sequência, o adolescente quebrou o vidro de uma janela, pegou um caco e ameaçava me matar. Fiquei presa sozinha na sala dos técnicos, pois João ocupava todos os espaços do equipamento, em algum momento, comeci a acreditar nas

ameaças e ficar com medo. Ao mesmo tempo pensava que o sentimento era uma fantasia, pois havia uma equipe inteira atrás dele que o impediria de me machucar. No mesmo instante, João chegou antes do que a equipe na sala dos técnicos e jogou o vidro no chão. A cena se estendeu até o fechamento do serviço, com uma conversa marcada, comigo e com a gerente, para o dia seguinte no horário que o equipamento abria.

No dia seguinte, não era meu horário de trabalho, mas eu estava presente para o atendimento com João às 7h. Ele também chegou ao CAPS no horário combinado, estava muito arrumado, havia penteado e passado gel nos cabelos. Ao me ver na sala o aguardando, o adolescente voltou a me xingar e ameaçar, continuando a mesma cena do dia anterior: a andança pelo serviço e os profissionais o seguindo. Horas depois, a equipe decidiu me retirar do serviço para minha proteção, fiquei andando pela Sé e parei no Centro Cultural Banco do Brasil, sentei-me em meio às obras de arte, angustiada, esperando poder voltar ao trabalho. Enquanto isso, a andança de João foi parada novamente com uma contenção física, após a intervenção, o adolescente saiu do CAPS e ficou andando errante pelo Centro. A cena foi finalizada desta maneira: João e eu do lado de fora do serviço. Bastos (2009, p. 28) dá subsídios para explicar a cena:

Na medida em que há um ideal institucional a ser alcançado, esse ideal necessariamente é dado à revelia do sujeito. Nesse contexto, o importante não é o que uma determinada pessoa quer, mas o que se quer dela. Por outro lado, desde o Mal-estar na cultura, de Freud (1930), ficou estabelecido que não há nada mais conflituoso do que a relação do sujeito com a cultura, entre o que o sujeito quer e o que a cultura lhe exige. É uma relação que às vezes chega à beira do insuportável, a tal ponto que, (...), as ‘substâncias embriagadoras’, juntamente as ‘poderosas distrações’ e as ‘satisfações substitutivas’ são alternativas para suportá-la.

A tristeza de João nunca era lida como tristeza, mas sim como uma transgressão, mau comportamento, dificuldade com regras e limites. Até que ele colocou a tristeza em ato. Enquanto ocorria uma assembleia¹⁸ no CAPS, em que todos os profissionais estavam voltados para esta atividade, João ingeriu vinte comprimidos de prometazina, não aceitou ir ao médico e precisou ser contido pela equipe do CAPS álcool e drogas (CAPS AD).

¹⁸ Assembleia é uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. Espaço que pressupõe relações de horizontalidade e cogestão (Brasil, 2014).

Acompanhei o adolescente ao AMA¹⁹, estava agitado, chorou, não aceitou tomar soro para a desintoxicação. Quando soube que seria transferido ao Pronto Socorro devido ao quadro clínico grave, não aceitou e fugiu. A terapeuta ocupacional, Nara, e eu começamos uma saga pelo Centro: o procurávamos, quando encontrávamos, conversávamos e oferecíamos cuidado, ele fugia. Seguimos assim em diversos pontos: casa de João, rua do CAPS, viaduto próximo ao Parque Dom Pedro. Mesmo lentificado e com dificuldade de marcha, ele corria do cuidado.

Retornamos ao CAPS para discutir o caso, a equipe acreditava que não deveríamos ir atrás dele novamente. A TO e eu tentamos responsabilizar a equipe, uma vez que a tentativa de suicídio ocorreu dentro do nosso serviço e se tratava de uma situação de crise. Decidimos procurar João novamente, dessa vez com a presença do oficineiro Jorge, o encontramos dormindo próximo à Avenida do Estado. Enquanto acionávamos o SAMU²⁰, ele passou a apresentar alucinações e agitação psicomotora, como o serviço não nos atendeu, o levamos novamente ao AMA, onde finalmente aceitou ser cuidado.

Após o ocorrido, em atendimento individual com a psiquiatra, João falou do episódio: colocou o quanto sua solidão o fazia sofrer, falou da falta que sentia da tia e da vontade de morrer. Passou o atendimento todo em posição fetal, afirmou que Ruth era sua mãe, que ele era o “caçulinha” e seria adotado. A psiquiatra apontou que o movimento da tia era de distanciamento, ele chorou. Contou que não sentia falta da mãe verdadeira, mas sim daquela que cuidou dele, não se sentia abandonado pela mãe biológica e referiu que tomou comprimidos para encontrá-la.

As “crises” de João não eram vistas como crises, pois era “neurótico”, usuário de drogas, estava em situação de rua, definições que davam a ilusão de que ele teria condições, crítica, recursos para fazer diferente, numa comparação com os sujeitos com “transtornos mentais”. Tais conflitos eram tomados como “mau comportamento” e a resposta era a punição. Muitas vezes, fazia coisas “inexplicáveis”, que aterrorizava a equipe, não apenas pela violência, mas também pela impossibilidade de a equipe explicar seus atos. Como nas cenas apresentadas e em determinado dia que pegou uma máscara e andou pelo prédio com uma capa, aterrorizando as pessoas que cruzavam seu caminho. Linha tênue com a loucura, o que tirava a equipe do

¹⁹ Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), implantadas no campo de atuação da Atenção Básica, integrada e articulada à rede de serviços, atendendo a demanda espontânea de agravos menores, possibilitando que os Serviços de Urgência e Emergências tenham seus recursos destinados à assistência de maior complexidade. A AMA absorve a demanda de baixa e média complexidade sem perder a medida do risco e a necessidade da continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/ama/index.php?p=1911. Acesso em: 06 out. 2023.

²⁰ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

lugar, pois não se tratava da “loucura” que estávamos acostumados. A equipe supunha que João tinha controle de seus atos, o que não era suposto quando se tratava da imagem de “louco” que temos na sociedade. Ao invés de interrogar o que nos afetava, a equipe impunha que ele tinha condições e recursos de fazer diferente, um comportamento que podia ser modelado se ele tivesse vontade. Ainda com Bastos (2009, p. 23):

Na área da saúde, e especificamente na saúde mental, ainda há práticas remanescentes de um ideário, que preceitua o uso de drogas como um problema de comportamento, o que chamam de ‘comportamento desviante’, que deve ser alvo de uma correção com vistas à sua adequação à norma. Essa lógica remete a uma pedagogia, no sentido de se ensinar o comportamento adequado, além de fazer parte de certo referencial da psicologia que se baseia em um padrão normativo do qual se estabelece o desvio.

A terapeuta ocupacional, Nara, e eu realizamos uma visita ao abrigo que João permaneceu quando criança, onde tivemos informações sobre sua infância. Aos seis anos, ele fugiu de casa com a irmã devido às agressões, a madrasta alegou que não pôde ir atrás das crianças, pois estava com o pé machucado. Aos oito anos, ele e a irmã Priscila deram entrada no abrigo por determinação do Conselho Tutelar.

No abrigo, Priscila relatou que sofria abuso sexual pelo pai e que João também era vítima, ele nunca falou sobre o assunto. Aos dez anos, começou a fugir do abrigo e ficar em situação de rua no Centro de São Paulo. Entre idas e vindas do Centro ao abrigo, Priscila entrou em processo de adoção, foi conversado com o irmão sobre esta possibilidade, dias depois ele evadiu do abrigo e não retornou mais. Segundo a coordenadora do abrigo, João não era carinhoso com a irmã, ela tentava abraçá-lo e ele a afastava, “não estava nem aí para a irmã, vivia fugindo e não se importava com ela, a abandonava e quando voltava ficava longe dela” (sic). O descreveu como “indiferente, propiciava evasões (...). Sempre roubou, se identificava com os mais velhos (...) fumava maconha no banheiro e fugia para o Centro” (sic). Havia reclamações da professora da escola, aos sete anos, pois fugia da escola com dois adolescentes. João tinha um amigo invisível chamado “Malandro”, que ora o protegia e ora o mandava fazer maldades.

Fiquei decepcionada com a fala sobre a irmã, pois nela escuto que João não cuidava de fato de Priscila como dizia sempre, com muito orgulho. Durante o retorno ao CAPS, Nara fez uma leitura que foi essencial para o manejo no caso, sem saber da minha decepção ela ressaltou como de fato João havia cuidado e protegido sua irmã, pois ela havia se preservado e seguiu outro caminho para além das violências sofridas. Contamos da visita ao abrigo para João a partir

da leitura da terapeuta ocupacional, ressaltamos como de fato havia cuidado de sua irmã e conseguiu protegê-la apesar do sofrimento que passaram. Ele constatou que conseguiu proteger sua irmã, mas não conseguiu proteger a si mesmo e chorou. Colocamos que era necessário alguém o proteger, não era possível fazê-lo sozinho naquele momento. Mostramos as fotos que trouxemos do abrigo, ele saiu da sala, orgulhoso, para mostrar às outras pessoas.

O que me afetou nessa visita foi o fato de ter aparecido as mesmas falas cristalizadas sobre João, quando ele ainda era uma criança. Eu tinha a expectativa de encontrar falas sobre a criança que foi, do que gostava de brincar, comer, etc., porém o discurso era o mesmo da equipe “manipulador” “não tinha jeito!” “não queria saber de nada”, “fugas”, “transgressões”. Significantes que vinham em série ao significante mestre “causar”.

O que marca este caso é o discurso em torno de João, o modo como ele era falado nos serviços. Ao ler a tese de doutorado de Oliveira, (2021), que trata do encontro de profissionais da saúde e pessoas em situação de rua no centro histórico de Salvador, me chamou a atenção que as mesmas falas que apareciam para descrever João, eram ditas pelos profissionais para se referir aos usuários em situação de rua de um CAPS álcool e drogas situado no centro de Salvador. O pesquisador (2021, p. 107) aprofunda a questão:

À medida que fui caminhando na cartografia, entrando em contato com as narrativas surgidas nos encontros com usuários ocorridos no serviço, foi possível produzir visibilidade para outra dimensão da violência, mesmo não sendo nomeada explicitamente como tal. Uma dimensão que nunca era mencionada ou reconhecida por nós, trabalhadores, apesar de ser bastante conhecida e estudada: a violência institucional em relação aos usuários. Uma violência produzida pelos trabalhadores de saúde, atravessados pela força da organização e pelas instituições, nas relações de cuidado, e que se expressavam como certas práticas discursivas, comunicacionais e relacionais exercidas pelos trabalhadores em relação aos usuários, no cotidiano desse serviço.

Segundo o autor (2021, p. 192) trata-se de um exemplo de “necropolítica” e “necropoder”, isto é, formas contemporâneas de “governar as vidas através das políticas de morte, que se expressam de várias maneiras na nossa sociedade”. Trata-se de uma construção social que define quais corpos podem ou não serem eliminados, ou seja, quais vidas importam ou não importam em nossa sociedade. Coloca em pauta o racismo estrutural, institucional e individual:

As vidas que têm valor na nossa sociedade, geralmente, são brancas e de classe social mais elevada, conhecidas como “cidadãos de bem”. Para as vidas negras

e pobres, no máximo, devem-se direcionar ações de caridade religiosa pautadas na pena; ou, por conta do desajuste, das dissonâncias em relação ao que é considerado normal, e da desrazão causada pela droga que tomou conta de seu corpo como se fosse um parasita, vidas que se deve exterminar através do exercício da necropolítica. (Oliveira, 2021, p. 97).

É uma política de extermínio cotidiano daqueles que não se enquadram na parcela mais privilegiada da população brasileira, o pesquisador denuncia que quando uma pessoa em situação de rua é violenta ou assassinada pelo Estado, considera-se que o sujeito “mereceu” esse destino.

Nesse sentido, toma-se as cenas de violência envolvendo as pessoas em situação de rua, como algo que parte única e exclusivamente delas, por “serem assim”, ou seja, a violência está grudada nelas: “corpos violentos”, na definição do autor. Oliveira, (2021, p. 134) alerta que os trabalhadores de saúde são atravessados por tais discursos quando olham para estes usuários:

Há uma construção social que envolve a ideia sobre quem é considerado violento, imprevisível ou potencialmente perigoso na nossa sociedade: homem negro, “drogado” e “louco”. Mas não um louco, negro e drogado qualquer; uma pessoa que, além de tudo isso, está em situação de rua, com todas as construções no imaginário social sobre o que é estar em situação de rua: delinquente, perigoso, vagabundo, malandro, não confiável, zumbi desprovido de subjetividade, não humano (provavelmente porque se imagina que, necessariamente, seja usuário de crack).

Os três maiores estigmas da sociedade: loucura, drogas e estar em situação de rua, que atravessam o trabalhador de saúde. “Existências insurgentes”, nas palavras do pesquisador, sujeitos que vão não contramão do que é desejado, mas que ao mesmo tempo, são uma forma de produção de vidas em relação: “vidas potentes, corajosas, inquietas, que protestam, não se deixam aprisionar (...) vidas que, cada uma a seu modo, fabricam abalos, fissuras, desvios nas formas hegemônicas de estar com o outro, de sentir, pensar e agir no mundo”. (Oliveira, 2021, p. 253-254). A necropolítica se expressa, na saúde, com a criação de barreiras de acessos destas pessoas ao serviço, às vezes sutis, às vezes escancaradas. Nesse sentido, o perigo do CAPS se tornar um serviço manicomial não é o de:

(...) virar um pequeno hospital psiquiátrico tradicional (manicômio), mas de recorrermos às perspectivas manicomiais que nos habitam para poder julgar, enquadrar, rotular, cercar, sufocar a potência e interromper os movimentos de produção de vida em curso nesses corpos com os quais nos encontramos. (Oliveira, 2021, p. 122).

O autor coloca que para desnaturalizar e desgrudar a violência dos corpos das pessoas em situação de rua, se faz necessário olhar para as relações construídas na sociedade como um todo. Para ele (2021, p. 237) não há como pensar esse cuidado sem entender como o racismo, proibicionismo e necropolítica constituem a nossa sociedade, cabe ao profissional de saúde fazer

desvios, rupturas, furos no muro (...) a partir das tensões e disputas constitutivas dos encontros para a produção do cuidado inscritas nas necessidades, modos de vida e perspectivas dos usuários, que também disparam outras subjetivações e outras produções desejanças.

Há um discurso manicomial presente na sociedade que se presentifica na fala dos profissionais e o trabalho do CAPS é fazer furo neste discurso. Desse modo, o que João fazia era explicitar esse discurso nos lugares que circulava. Amarante (2007, p. 52) traz as experiências da “Antipsiquiatria” que teve início na Inglaterra no final dos anos 50 com destaque aos psiquiatras Ronald Laing e David Cooper que começaram a implantar experiências de Comunidade Terapêuticas e de Psicoterapia Institucional nos hospitais que trabalhavam. Tais psiquiatras logo perceberam que tais transformações não tinham grande futuro e passaram a considerar que “as pessoas ditas loucas eram oprimidas e violentadas, não apenas nas instituições psiquiátricas, onde deveriam estar para receber tratamento, mas também na família e na sociedade” (Amarante, 2007, p. 52).

Ainda com o autor, a denominação “Antipsiquiatria” apareceu anos depois, a partir de Ronald Cooper, que “procurava compreender que a experiência dita patológica ocorre não no indivíduo na condição de corpo ou mente doente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade” (Amarante, 2007, p. 52). O autor fala da “loucura”, mas estendo para pessoas em situação de rua e que fazem uso de substâncias psicoativas. Há uma repulsa na sociedade em relação as pessoas em situação de rua e “loucos”, que se repete nos serviços de saúde, segundo Oliveira (2021), o usuário de drogas é o “louco da vez”.

Acredito que a “opressão” e “violência”, citada por Amarante (2007) é efeito de um discurso e um funcionamento da sociedade, portanto estrutural. Não se trata de olhar pela moralidade ou qualificação dos profissionais, há um funcionamento institucional manicomial que excede o CAPS que está inserido neste país e, portanto, as forças institucionais irão afetar a todos. Há de se esperar que esteja nos serviços de saúde, uma vez que todos estão sob efeito deste discurso.

Entretanto, há estratégias já instituídas pela Reforma Psiquiátrica para promover um giro neste discurso, o que não era novidade para esse movimento, foi para mim naquele período, principalmente a articulação da clínica com o social. Não havia como tratar João sem olhar para a cultura e sociedade, isto é, não há como separar clínica e política. Elia (2010, p. 03) discute a questão:

Por isso, creio que é importante ultrapassar a dualidade que separa, ainda que propondo articulá-los estreitamente o “para todos” da política do “para cada um” da clínica. Todo ato clínico é político e todo ato político é clínico, se recorrermos a uma outra topologia, mais moebiana, em que o para todos se inscreve no seio mesmo da intimidade do um a um.

Fui entendendo que para lidar com a pressão de higienização da Secretaria Municipal de Saúde tínhamos como resposta os CAPS e todo o movimento da Reforma Psiquiátrica numa macropolítica. E para desconstruir a “repulsa” aos usuários no serviço, tínhamos como resposta a clínica da atenção psicossocial numa micropolítica. Entendo que o CAPS tem um funcionamento que permite fazer furo nesse discurso, por exemplo, a função do profissional de referência é sustentar a presença dos usuários, pois os técnicos e outros usuários, até mesmo ele próprio, irão reproduzir o discurso manicomial. As “portas abertas” e o princípio da universalidade permitem a entrada do sujeito e a referência faz força para ele ficar.

É isso que se presta este trabalho, dizer não a violência e a realidade cruel e perversa das instituições psiquiátricas. Entendendo aqui, instituições para além dos muros dos hospitais. Seria então uma denúncia à sociedade como uma instituição psiquiátrica “cruel e perversa”, o discurso manicomial excede os hospitais psiquiátricos, ele está em nosso cotidiano, somos enraizados e capturados por esse discurso. Trata-se da relação entre sociedade e loucura, amplamente discutida pelos autores da Reforma, é no senso comum que o discurso manicomial é vigente, nesse sentido, “fazer” Reforma Psiquiátrica significa a cada dia fazer furo nesse discurso.

A partir do campo teórico da psicanálise e da teoria dos quatros discursos de Lacan²¹, é possível fazer uma leitura estrutural sobre o que Oliveira(2021). verificou em sua atuação e da constatação que a prática manicomial é efeito de um discurso. Como aponta Bastos (2009, p. 45):

²¹ Para aprofundamento teórico ver Quinet (1991; 2006).

Durante a produção deste texto, diversas vezes utiliza-se a palavra discurso, por vezes no sentido atribuído pelo senso comum, outras vezes fazendo referência à teoria dos discursos de Jacques Lacan. A teoria dos discursos é tributária do estabelecimento do campo operatório da psicanálise como campo do gozo. A elaboração desse campo não prescinde da articulação teórica acerca da lógica significante, não só o inconsciente, mas também o laço social será estruturado por ela. Dito de outro modo, ‘a lógica do significante tanto ordena as relações humanas quanto estrutura o inconsciente individual’.

A pesquisadora (2009, p. 10) afirma que a “toxicomania” é efeito de um discurso, apesar de não concordar com o termo utilizado, o raciocínio clínico e teórico é exemplar para as reflexões deste trabalho.

Isto quer dizer que a toxicomania não é da ordem da natureza, mas sim da cultura. Significa, pois, que a toxicomania pode e deve ser abordada através do campo de saber da psicanálise, posto que é efeito do mal-estar na cultura, ou mal-estar nos laços sociais, conforme pode se apreender a partir do ensino de Lacan.

Abordagem que rompe com a ideia presente na ciência que traz os efeitos das drogas soberanos a qualquer sujeito, a noção de droga está atrelada ao contexto discursivo no qual se manifesta, nos tempos atuais é corolário do discurso capitalista. De acordo com Bastos (2021, p. 51-52), “o mal-estar na civilização é o mal-estar dos laços sociais”:

O mal-estar na civilização é justamente o mal-estar advindo da renúncia pulsional exigida por ela, na medida em que impõe regras que regulam a relação do sujeito com os outros; o laço social diz respeito a essas regras determinadas pela civilização (...). Este enquadramento [da pulsão] se dá a partir de quatro formas diferentes de regulamentação da relação do sujeito com os outros: governar, educar, psicanalizar e fazer desejar (...). O laço social é o estabelecimento desses discursos como “modo de aparelhar o gozo com a linguagem”.

Lacan (1969-1970) apresenta os discursos como forma de construir laços sociais, tomados como formas de ordenamento do gozo. Propõe modalidades discursivas a partir dos impossíveis freudianos: governar, educar, analisar, ao que acrescenta o fazer desejar. Temos então: o discurso do mestre, o discurso universitário, o discurso histórico e o discurso do analista. O autor estabelece elementos: significante mestre (S_1), significante do saber (S_2), sujeito barrado (\$) e objeto a (a), que são modalidades de gozo e determinam a estrutura de cada um dos discursos. Propõe quatro lugares: agente, verdade, outro e produção, por onde os elementos vão permutar.

A estrutura discursiva é definida pelo elemento que ocupa a posição de agente do discurso: S₁ no discurso do mestre, S₂ no universitário, \$ no da histórica e (a) do analista. O lugar de agente do discurso é o lugar “dominante”, isto é, determina e transforma os outros elementos. É o que confere a marca de cada discurso e determina o modo de agir do sujeito, assim, os giros discursivos orientam-se a partir da movimentação do agente. Nesse sentido, o discurso do mestre se define como um discurso em que há um assujeitamento do outro ao Mestre, este se situa como sujeito que sabe e não como um sujeito suposto saber.

O uso de drogas é uma forma de resposta ao mal-estar na cultura, ligada à pós-modernidade e ao discurso capitalista, forma contemporânea do discurso do mestre, em outras palavras “uma promessa de que o sujeito não se confrontará com o desamparo” (Bastos, 2009, p. 60). Nesse sentido, a concepção e tratamento para as drogas dependem do discurso que está ancorada.

Não se trata de fazer um aprofundamento da teoria psicanalítica, mas sim apontar o que fazia pressão em minha escuta, o que trabalhava “embaixo” das direções e leituras que fazia para os casos. Mesmo correndo o risco de simplificar conceitos e teorizações densas, o que procuro é fazer articulações que podem direcionar um trabalho que prioriza o sujeito. Para isso, indicarei sugestões de leituras para aprofundamento da teoria, mostrando que há uma densidade que está sendo levada em conta aqui, mas aprofundá-la não é o objetivo desta tese.

Por estar enraizado na sociedade, muitas vezes, o movimento de “expulsão” aparecia revestido por um discurso da Reforma Psiquiátrica, os profissionais diziam que João não deveria estar no CAPS, mas sim na escola e outros espaços, senão estaria institucionalizado. Eu concordava que era preciso o adolescente estar em outros espaços, mas para isso era preciso que um lugar pudesse sustentá-lo como ele poderia estar naquele momento, do contrário não sustentaria permanecer numa sala de aula em horário regular. Eu dizia que era preciso “institucionalizar para desinstitucionalizar”, João precisava de uma instituição que pudesse acolhê-lo, mesmo quebrando regras, para abrir espaço para ele ocupar outros lugares, estar em outra posição.

Ao mesmo tempo, concordava com a equipe quando dizia que João estava institucionalizado, pois, de fato, ele estava institucionalizado em um discurso instaurado por todas as instituições que havia passado: abrigo, escola, família, que o fixava em determinado lugar. O significante mestre “causar”, restringia a série de significantes que poderia circular, o fixando em: “manipulador”, “ladrão”, “transgressor”, “drogado”. De acordo com Jucá e Vorcaro (2018, p. 249) “a raiz da formulação do elemento Um, faz com que o significante

funcione (S1) estruturando o mundo – e, portanto, todo o saber (S2) do ser falante. (...) [O] posicionamento do S1, ordena e diferencia os distintos discursos”.

Uma história marcada por tanto desamparo, o que restou a João foi se colar aos significantes dados a ele pelas instituições e responder sempre deste lugar determinado e esperado. O que foi explicitado no episódio do roubo da blusa, em que o adolescente referiu que cometeu o ato, pois foi chamado de “ladrão” e muito bem pontuado pela psicóloga quando devolveu a ele: “aí você virou ladrão” (sic). Era preciso uma instituição que tivesse o desejo de investir no adolescente e introduzir outros significantes para abrir a possibilidade de João ocupar outra posição e circular em outros lugares, e assim, furar o discurso institucional. Como nos explica Bastos (2009, p. 110), a partir da Psicanálise:

A linguagem funda o sujeito. O sujeito é um efeito do significante, isto é, surge no intervalo entre S1 → S2. O sujeito é o que está fora da cadeia significante. Pode-se dizer que isso fala nas entrelinhas da fala, nos atos falhos, nos sonhos e no sintoma. Não é o fenômeno que diz sobre a estrutura do sujeito e sim a forma como este é falado.

Ainda com a pesquisadora (2009, p. 131-132):

A toxicomania, tal como foi observado no segundo capítulo, é um efeito de discurso. Toxicômano, drogado, viciado, maconheiro são significantes que se encontram no Outro social, por que eles não poderiam ser utilizados na constituição do sintoma por alguns sujeitos que usam drogas?

Ressalto que jamais fui contra a articulação de rede e a inserção de João em outros serviços, não se tratava de estar em uma instituição que o adequasse para poder estar em outras. Enquanto essas discussões corriam no CAPS, realizávamos articulações com outros equipamentos da saúde, assistência social, educação. Após um ano de seu acompanhamento, em uma reunião com diversos atores da rede, a assistente social do Projeto Quixote nos falou exatamente o que tento explicar aqui: “o melhor que aconteceu para João o ano passado foi o CAPS” (sic), ela explicou que o maior ganho do adolescente foi se vincular ao serviço, pois ficava maior tempo fora da rua e acompanhado por nós.

Ela conheceu o adolescente antes de sua entrada no CAPS, portanto foi testemunha das suas passagens por diversos equipamentos que não havia suportado ficar, “fazia presença e desaparecia” (sic) rompendo com todos eles. E vice-versa, uma vez que os serviços também não suportavam sua presença e rompiam com o adolescente com uma “suspensão” ou “expulsão”. Desse modo, a assistente social apontou que a eficácia de nosso acompanhamento estava no

fato de João voltar todo dia, ou seja, aquilo que a equipe tomava como “quebrar as regras” era indício que nosso trabalho funcionava. A assistente social completou que “João foi violado desde que nasceu, o mundo sempre vai dever a ele” (*sic*).

Fala que foi muito importante escutar naquele momento, pois na tensão dos embates da equipe e na intensidade dos encontros com João, nem sempre podíamos ver o trabalho que estávamos realizando. Foi preciso um terceiro, alguém de fora da cena para nos apontar que havia algo importante sendo feito. Acredito ser esta a função das reuniões de rede e matriciamento, alguém nos fazer escutar o que não podemos quando tão imersos na cena.

Trago a importância das teorizações que me permitiram fazer outras leituras do que era “previsível” neste caso: o “causador” que tinha como resposta a punição. Não havia espaço para o que era inexplicável e imprevisível, não havia interrogações, assim não era possível desconstruir o que retornava na fala da equipe como blocos cristalizados. A equipe o via através dessa lente, era preciso “quebrar” os blocos, que não comportavam um enigma a ser decifrado.

Como já dito, escutar João foi direção tomada por mim como referência do caso. Eu sempre dizia para ele e para a equipe que era preciso um espaço para falar, assim poderia parar de quebrar. Transformar suas atuações em fala e implicá-lo em seus atos, tratava-se menos de encaixá-lo numa atividade dentro do serviço, mas abrir espaço para poder dizer. Castigo, punição, expulsão fazia a equipe ficar presa em suas repetições e ele no discurso da equipe, a oferta deveria ser algo que pudesse dar outras possibilidades de relação. Outro lugar, outra posição de sujeito em relação a sua história, ver João para além da agressividade. Esvaziar o sentido das falas violentas de João e sobre ele, produzir outras leituras de suas ações a partir de seu discurso. Em suma, deixar de ser falado pelo outro e passar a falar.

Entendo que a decisão tomada por mim foi efeito de minha formação na Clínica de Linguagem. Os pilares da clínica fundamentados em certa noção de sintoma, sujeito e ética, me fazia entender que “expulsão” e “suspensão” não era manejo a ser tomado por um serviço de saúde que servia para acolher o adolescente. A noção de sintoma e sujeito me permitia um olhar que ultrapassava um comportamento a ser adequado, seus atos não eram vistos por mim como “transgressões”.

A concepção de sintoma da clínica de linguagem leva o clínico tomar como direção o encontro com o sujeito, isto é, ficar sob efeito da fala para produzir um dizer sobre o que provoca estranhamento na escutam, dá subsídios para romper com a lógica manicomial. Promove mudança na posição do profissional que não irá ouvir essas falas a partir de um viés

pré-determinado, isto é, antecipando a resposta do sujeito, esperando que eles falem o que queremos ouvir, a partir de padrões estabelecidos pela sociedade.

Falas cristalizadas circulam nos serviços, como por exemplo, tal usuário é “inadequado”. Espera-se uma fala padronizada, um discurso “adequado”, com demandas “plausíveis”. Quando os usuários não dizem o esperado aos técnicos, a direção é corrigir e adequar os sujeitos. Assim, os comportamentos dos usuários são recobertos pelo imaginário do clínico e do que se espera deles no senso comum, apesar das mudanças instituídas no modelo de atenção e gestão com a Reforma Psiquiátrica.

É ética da clínica de linguagem não tomar a fala como signo, isto é, não escutar as falas como um comportamento a ser adequado, o que possibilita outro caminho: escutar a fala e não dar significações aos gestos dos sujeitos, elevar a um estatuto de enigma as manifestações que têm efeito de perplexidade na escuta dos profissionais e assim produzir um dizer, um texto diagnóstico sobre o sujeito. Segundo Lier-DeVitto; Emendabili (2015, p. 74):

para constituição de uma Clínica de Linguagem é inevitável a vivência do instante clínico em que a escuta do clínico é surpreendida (sempre) pela singularidade de cada paciente e de sua fala - pelo enigma de cada caso: ele se defronta com uma fala e com um corpo que fala e que, digamos, tem demanda por uma escuta que possa recolher seu sofrimento

Ficar sob os efeitos de sua fala e o modo como os significantes estão encadeados, isto é, sustentar a “perplexidade”, torna os atos de João menos concretos, esvaziando seus comportamentos de sentido. Roubar algo dos técnicos, como nas cenas ocorridas comigo e com o oficinairo, pode não ser tomado como delito, se sustentarmos a perplexidade que nos afeta na cena.

Havia um excesso de sentidos aos atos de João, como nos ensina Arantes (2016, p. 326): “abordar o diálogo é dizer da relação de um sujeito à fala do outro”. A clínica de linguagem visa trazer à cena o sujeito e suas produções pela via do discurso e não pela concretude de seus gestos. Seria algo como tratar os gestos e comportamentos de João e os acontecimentos entre o usuário e a equipe pela via do discurso, não na concretude da cena. O que abre espaço para perguntas e não imperativos. Numa história tão sem o outro, marcada por tanto desamparo, roubar um objeto não seria um modo ter um pouquinho do outro?

Supor que a linguagem não se ensina, é efeito de captura, modifica a direção de tratamento: não se trata da correção dessas falas e comportamentos, mas como, com esta fala, o sujeito vai estar no laço. A linguagem estrutura o sujeito e o que emerge na fala é efeito de

seu funcionamento que está sob domínio da Língua. É na cadeia manifesta da fala, que o sujeito emerge, no encadeamento dos significantes, naquilo que não se controla, e, portanto, não se reduz a um comportamento. Se na clínica de linguagem o sintoma não vai sem o sujeito, e esse é aquele do inconsciente, o sintoma é, então, concebido como um modo de inscrição do sujeito na linguagem.

No caso de João, o que era visto pela equipe como transgressão, o “causar”, era tomado por mim como seu sofrimento transbordando questões da adolescência e sexualidade. Enquanto a resposta da equipe para tais atos era a punição, a minha resposta era a escuta para algo do sujeito e de sua estruturação subjetiva. Era importante para mim, o que aparecia em sua fala, o modo como os significantes se encadeavam e não tomar suas falas e comportamentos como signo, blocos, cheios de sentidos. Fazia-se necessário esvaziar de sentidos as ações e falas de João e o modo como ele era falado pela equipe. Assim, a clínica de linguagem podia fazer furo no discurso institucional.

Em relação ao que dizia respeito a estruturação subjetiva, a adolescência é amplamente discutida por autores da Psicanálise, teorizações que podem nos dar subsídios para fazer uma leitura das cenas trazidas, para além dos comportamentos de João. Bastos (2009, p. 20) explica que a clínica psicanalítica visa o sujeito, independentemente da etapa de vida: crianças, adolescentes ou adultos, mas alerta que é preciso levar em conta que cada etapa suscita respostas a serem dadas pelo sujeito. Cada categoria adquire determinado status na cultura, causando efeitos que retornam para o sujeito. Sobre a adolescência:

Esse é o momento do encontro com o sexo que, como ensina Freud, é em verdade um reencontro que vai reeditar o investimento pulsional, a fantasia e o desejo que ela comporta o quê, com certeza, exige escolhas. Todas as escolhas que o sujeito se vê convocado a fazer nesse momento advêm da própria cultura, como escolhas profissionais, amorosas etc. Elas vão se sobrepor e, ao mesmo tempo, serem ancoradas na escolha subjetiva advinda desse reencontro com o objeto, que posiciona o sujeito em relação ao seu desejo. Como todo encontro é sempre faltoso, o reencontro também é, posto que é intermediado pelo falo. Pode-se dizer que o reencontro é também uma reedição da angústia de castração e, portanto, da escolha que o sujeito faz diante dela. (Bastos, 2009, p. 20).

A autora (2009, p. 20) conclui que se trata de “1) um longo trabalho de elaboração de escolhas, e 2) um longo trabalho de elaboração da falta no Outro”. Impasses comuns a todos adolescentes, portanto também era o que estruturava as relações estabelecidas por João. Para não me perder nos discursos institucionais e agressividade do adolescente, procurava me

direcionar pelo raciocínio clínico estrutural da psicanálise para explicar o sujeito. Assim, como havia aprendido em Saussure, com o funcionamento universal da Língua, que rege todas as falas e responde também pela singularidade de cada uma. Procurava me apoiar no pressuposto de que há estruturas (psicose, neurose e perversão) que responde por modos particulares do sujeito funcionar. Jucá e Vorcaro (2018, p. 249) ilustram a minha preocupação e as tentativas de me sustentar nessa direção:

Para trabalhar com adolescentes, é preciso, por um lado, ter a delicadeza de reconhecer que a adolescência não é a mesma para todos e, por isso, é necessário ter muita cautela com generalizações como aquelas que posicionam de antemão o adolescente no lugar de um rebelde. Assim, é preciso observar como se efetiva a transição para cada um. Por outro lado, sustentamos a hipótese de que há algo em comum: a adolescência como operação na qual definições importantes irão se processar.

O que me importava era esse “comum” a todos os adolescentes, esse caráter universal, que estrutura os sujeitos. Se a adolescência é uma fase que mudanças se operam, isso servia para João também, mesmo em situação de rua, usando drogas, etc. Tal raciocínio me permitia um afastamento dos rótulos para me aproximar de algo que é inerente ao humano (a linguagem) que opera no sujeito, e conseqüentemente, nos atos de João.

Primeiro ponto importante para a Psicanálise é elucidar a diferença entre puberdade e adolescência, conforme nos explicam Jucá e Vorcaro (2018, p. 247): “a puberdade seria um conjunto de mudanças corporais disparadas a partir da maturação biológica, que caminha no sentido da aptidão física para a reprodução”. Enquanto a adolescência é um evento socioculturalmente circunscrito, que a torna um tempo precioso atualmente, pois, como já mencionado, questões elementares do processo de estruturação psíquica serão retomadas. Tempo em que há uma “certa provisoriedade, sendo possível a ocorrência de rupturas e a ‘desorganização’ de uma montagem, na qual se equilibrava um sujeito”. As autoras (2018, p. 248) aprofundam a questão:

A adolescência, na sociedade de indivíduos, com sua temporalidade ampliada e na ausência de ritos coletivos, é marcada por acontecimentos importantes: a imagem corporal é reconstruída (portanto, as fronteiras do “eu” se fragilizam); as questões edípicas são revividas; o encontro com o sexo levará a constatação de que a completude imaginária é da ordem do impossível; e – não menos importante – o funcionamento psíquico bem como o laço com o outro ganham contornos mais definidos.

Elas concluem que adolecer é um tempo de intenso trabalho psíquico, operação que o sujeito busca se inscrever através de novos significantes no campo do Outro. Nesse sentido, com a psicanálise, podemos fazer outras leituras do “causar”, trata-se de um saber que pode deslocar João dos significantes fixos e pode ser ponto para a reflexão e raciocínio. Introduce a possibilidade de fazer perguntas sobre João no lugar de afirmações que o soterra. Complemento a discussão com as reflexões das autoras sobre “passagem ao ato” e “acting out” na adolescência.

Como já anunciado, a adolescência é um “evento socioculturalmente circunscrito”, Jucá e Vorcaro (2018, p. 248) explicam que nas sociedades ditas “tradicionais”, os ritos de passagem para a fase adulta envolviam atos que marcavam o corpo, que elas chamam de “cirurgia de sentido”. Modo mais preciso e rápido quando comparado às sociedades contemporâneas ocidentais e individualistas:

Na ausência de ritos coletivos, cabe aos adolescentes utilizarem-se da linguagem e das ferramentas de seu tempo para fazerem a transição, circulando, por um lado, entre espaços grupais, como as redes sociais e, por outro, vivendo a experiência de se tornar homem e se tornar mulher solitariamente, preço pago para se moldar como único em uma sociedade de indivíduos. O adolescente hoje faz suas próprias marcas.

Sendo assim, os adolescentes elegem as atuações como modo de expressão do mal-estar, ainda com as pesquisadoras (2018, p. 249):

Comumente, através de seus atos, denunciam algo que não vai bem em sua relação com os outros. Traduzem em ação o que, naquele momento, não cabe em palavras. Quando falam, revelam-se questões recorrentes sobre: a imagem corporal, a posição diante do sexo, ao apartar-se de seus pais (ou dos que ocuparam o lugar do Outro primordial). Em muitos casos, aquilo que do infantil não pôde ser elaborado retorna com uma nova potência: a do corpo que cresceu e se encontra submetido aos excessos pulsionais. Na clínica, nosso desafio é justamente auxiliar o adolescente na sua travessia, sem que se pague um preço tão elevado, por vezes, colocando em risco sua própria vida.

Por essa via, o ato não é um “mau comportamento”, mas sim a expressão de um sofrimento e apelo dirigido ao outro. Questionar, na clínica, os atos realizados pelos adolescentes requer olhar para os impasses vividos por cada um, na ampliação dos laços sociais, decorrentes de sua posição na relação com o Outro e desencadeados pelo real da puberdade. Trazendo como pano de fundo o campo social, isto é, a cultura contemporânea, marcada pelo discurso capitalista.

Através de seus apelos o adolescente revela um modo específico de relação com o objeto presente na sociedade atual, denunciando o discurso capitalista e seu imperativo: Goze!, que rege as relações na contemporaneidade. Tal discurso foi a quinta forma proposta por Lacan (1972), que se agrega aos quatro discursos, já mencionados: o da histérica, o do analista, o universitário e o do mestre²².

Ainda com Jucá e Vorcaro (2018, p. 249), o objeto se encontra na realidade e fortemente presente na nossa sociedade de consumo, se tornando o centro das relações. Ter o objeto é sinal de sucesso, valor, pertencimento, fazendo o adolescente se tornar ávido por ele: “seja sob a forma de vestuário..., sob a forma consumível..., ou ainda a forma ‘emprestável’, nos fenômenos de furto”. O adolescente pode manter dois tipos de relação com esses objetos: consumi-los ou criá-los.

Consumir o objeto garante uma promessa de certo tipo de gozo: “mais-de-gozar”, um gozo a mais, estilo que formaliza o discurso capitalista. Enodado neste discurso, o adolescente “lança a si mesmo em uma aposta no gozo irrestrito, sem balizas, fora de uma lei que impõe um limite entre o possível e aquilo que não se pode ter ou fazer, pelo menos, de imediato” (Jucá; Vorcaro, 2018, p. 250). O que explica os atos, em função dos quais os adolescentes são, atualmente com maior frequência, levados aos serviços de saúde: uso abusivo de drogas, tentativas de suicídio, automutilação, atos impulsivos, auto e heteroagressividade.

Além disso, os impasses advindos das operações psíquicas referentes à constituição subjetiva, são reativadas e intensificadas com o “aflorar da sexualidade e a possibilidade de descarga pela maturação genital, a possibilidade de procriar (e criar) e a força física que antes não existia” (Jucá; Vorcaro, 2018 p. 250). Assim, a relação com os objetos adquire novos contornos e potência na adolescência. As autoras (2018, p. 246) assinalam três situações em que os atos se apresentavam em sua experiência clínica:

(1) quando o jovem aparecia como objeto de um gozo mortífero; (2) perante a inconstância do Outro prestativo; (3) quando não era possível formular de outro modo a questão do significado e do valor de si para o Outro. Defendemos que os atos como na adolescência podem ser lidos como um apelo diante dos impasses vivenciados na busca de novos modos de se inscrever no campo social.

As pesquisadoras (2018, p. 250) alertam que há dimensões distintas no ato, a psicanálise o difere em *acting out* e passagem ao ato: “enquanto nessa última modalidade do ato

²² Ver Quinet (2006).

encontramos um certo desvanecimento do sujeito na qual ‘ele se precipita e despenca fora de cena’, o *acting out* é, essencialmente, alguma coisa que se mostra na conduta do sujeito”, em forma de apelo dirigido ao Outro.

As autoras (2018, p. 250) enfatizam que não é possível uma generalização dos atos entre os adolescentes, mas apresentam algumas observações realizadas na clínica, a partir da posição na qual os sujeitos se situam na relação com o Outro, uma delas pode servir ao caso de João:

Uma relação na qual o adolescente, na infância, viveu em errância, sendo deslocado entre suas famílias e abrigos. São situações nas quais um Outro prestativo preponderantemente faltou na articulação de sua presença com sua ausência. A sistemática vivência, seja da impotência e/ou da onipotência de um Outro do qual não era possível saber o que esperar durante a infância, conduz a tentativas de fazer com que, na adolescência, o lugar que se ocupa perante o Outro seja novamente indagado através das demandas amorosas. Nos atos desses adolescentes, as fugas e outros apelos para que um Outro os tome como objeto de investimento e de cuidado são recorrentes. Com frequência, eles, por meio de seus atos, colocam-se em situações de risco, e atualizam uma questão fundamental: o valor de sua existência para o Outro.

Trata-se de colocar as “transgressões” de João como uma pergunta feita por ele sobre ele mesmo. Questões comuns e que embaraçam todos os neuróticos em suas relações: “o que sou para o Outro?” e “o que o Outro quer de mim?”. A hipótese das pesquisadoras (2018, p. 250-251) é que o adolescente responde tais indagações com atos que

(1) provocam a extração de um objeto de seu próprio corpo (sangue e/ou um pedaço da própria carne, ofertando esse sacrifício ao olhar do outro); (2) configuram-se como fugas que se apresentam como *acting out*; (3) afrontam a lei (furtos e assaltos) e (4) agredem a si mesmos (escarificações, mordidas, batem a cabeça) e/ ou a outrem (em geral mãe e irmãos) ou que destruam objetos de valor dados pelos pais com certo sacrifício (quebrar celular e laptop). Com frequência, embates com seus semelhantes ou seus pais são travados (...) nas ocasiões em que o embate se dá comumente o adolescente se coloca em uma posição a partir da qual incita o Outro a machucá-lo.

Mais do que os atos em si, as autoras colocam que a clínica com adolescentes põe em jogo questões específicas concernentes a uma travessia do sujeito para uma outra posição. Era dessa natureza os discursos que eu buscava para ler João, algo que pudesse explicar a complexidade da relação do adolescente com a equipe. Tal citação descreve o lugar que ocupávamos para ele ali, sem as figuras empíricas do pai e mãe, a onipotência do Outro se presentificava na relação transferencial conosco.

As autoras (2018, p. 251) procuram distinguir “adolescência em atos” e “adolescentes em ato”, explicam que na primeira expressão, trata-se de um corte por meio do ato, que separa o tempo da infância do tempo do adolecer. Enquanto o termo “adolescentes em ato” aponta para uma forma de

ensaiar o laço social via crueza do ato, quando as palavras estão em descarrilamento e não fazem liga com o outro. Nesse caso, a série de atos dos adolescentes repetiria a tentativa de inscrição dessa diferença, tentativa esta que fracassa, tal como a repetição. Dessa forma, esses atos limitam-se a testemunhar um desenodamento dos laços anteriores, sem estarem a serviço de uma passagem rumo à assunção de uma posição subjetiva com os novos instrumentos que a adolescência traz.

Elas alertam que, para o clínico, não há como escapar dessa dupla conotação do ato, só restando a ele enfrentá-la, isto é, sustentar a tensão entre o ato enodador e o ato dismantelador. Além de explicitar os embaraços da adolescência, os atos falam também, segundo as autoras, de uma sociedade na qual o sofrimento psíquico encontra pouco espaço para se manifestar por vias que não sejam as da medicalização.

As atuações, isto é, as respostas que João dava ao outro, eram indícios do quanto estava alienado ao discurso institucional, uma vez que ele respondia exatamente de onde era falado. A instituição falava de João como um grande Outro onipotente, isto é, funcionava como um Outro, que tem um saber soberano e totalizante. Era como se o significante “causar” pudesse apagar uma série de significantes: demanda de amor, busca pelo reconhecimento do outro, apelo para ser tomado no lugar de cuidado. Era preciso ver as consequências de suas falas sobre ele mesmo, que sempre retornavam numa agressão a si mesmo, quando dizia “vou matar o outro”, ele se matava, “vou cortar o outro” e se cortava, desse modo, o ódio do outro recaía sobre ele mesmo na sequência de seu discurso, a destruição do outro, era a destruição do “eu”.

Ao mesmo tempo que a equipe o capturava em seu discurso, ocupava um lugar importante na transferência com João, que permitia que seu sofrimento fosse estilhaçado no serviço. Como na cena em que num apelo dirigido a mim, estilhaçou os vidros no chão da sala dos profissionais, invadindo não apenas o espaço destinado somente aos técnicos, mas o serviço todo, nos deixando por horas sob efeito de sua angústia, não de sua manipulação como nomeado pela equipe. Desse modo, ao mesmo tempo que podia paralisar João, a equipe era a potência para produzir movimentos. É preciso sustentar um paradoxo, como nos ensina Zenoni (2002,

p. 18, tradução da autora):²³ “a instituição tenta reconstruir a unidade do sujeito”. Sendo assim, ao mesmo tempo que o funcionamento da instituição acaba por cristalizar os corpos, é também o lugar para descristalizá-los. Ao seguir uma ética do sujeito é possível furar o saber institucional e permitir a emergência do sujeito.

Nas cenas apresentadas é possível apreender como o funcionamento do CAPS permite a emergência do sujeito e, mesmo em meio a embates, sustentar sua angústia. Um funcionamento que se molda a cada sujeito, podendo construir uma instituição para cada um. Há uma flexibilidade que pode ser notada no modo como a equipe se “desorganizava” ao abrir mão dos horários e atividades fixas, e se organizava em uma reunião de emergência para acolher as crises de João.

Além dessa mobilidade, o trabalho em equipe, isto é, a montagem “entre vários”²⁴ permite apaziguar os efeitos avassaladores da instituição, quando funciona como um Outro onipotente. A oferta de “várias transferências” através da intervenção de cada profissional pode oferecer outros modos de relação com o Outro e assim extrair da angústia, a sua certeza.

Como nos ensina Lancetti (2013, p. 107) “daí a importância do trabalho em equipe: os pacientes depositam seu ódio e sua impotência em um, manifestam seu amor a outro, fazem parceria com um terceiro e tem ciúmes de um quarto”. João experimentar outras possibilidades de relação e leituras, significava fazer um giro no discurso cristalizado, subtraindo a onipotência do Outro, permitindo que ele pudesse estar no laço de outro modo.

Trata-se de várias teorias, vários olhares, vários desejos, exatamente para falas não serem cristalizadas em um discurso, abrindo possibilidades de a instituição ocupar outros lugares na transferência. Por isso, a importância da equipe desespecializada, de acordo com Elia (2015, p. 245), a equipe não pode se constituir em um grupo, mas sim num coletivo:

coletivo é uma coleção de agentes (técnicos, profissionais, responsáveis pelo ato de cuidado clínico, no caso) que se articulam como fragmentos, sem amalgamarem-se em um conjunto de idênticos, sem formarem um todo, unido, norteados por um líder ou ideal comum (grupo – massa – Freud) (...). Uma coleção de fragmentos humanos, ativos, não caóticos, contudo, não anárquicos, mas orientados por um *desejo comum*.

Desse modo, o CAPS tem um funcionamento propício a fazer furo na própria instituição, isto é, para “escutar a rejeição da própria instituição” (Mannoni, 1998, p. 20): por esta

²³ L'institution essaie de reconstruire l'unité du sujet.

²⁴ Expressão de Jacques-Alain Miller, que será aprofundada adiante.

configuração “entre vários”, na flexibilidade da organização e, também, pela liberdade de suas ações. Para Amarante (2007, p. 85) “os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura bastante flexível para que não se tornem espaços burocratizados, repetitivos, pois tais atitudes representam que estariam deixando de lidar com as pessoas e sim com as doenças”.

Um exemplo deste funcionamento foi a proposta de Bethânia para a criação de uma “mini-equipe” de referência para João. A equipe se dividia em grupos menores, que chamávamos de “mini-equipe”, de acordo as UBSs de referência para cada microrregião do Centro, o objetivo era criar estratégias de atuação de acordo com a lógica de cada território. A proposta da gerente era compor uma “mini-equipe” com profissionais orientados pelo “desejo comum” de investir em João e sustentar seu acompanhamento. As discussões eram feitas primeiro neste espaço coletivo mais reduzido e depois eram levados para a reunião geral. O objetivo central de Bethânia era fazer circular outros discursos sobre João.

Por exemplo, o fato dele se cortar ao ameaçar cortar o outro era sempre pontuado por Bethânia e Nara. Quando a agressividade se repetia no discurso da equipe, num gozo incessante, Bethânia sempre afirmava que ele nunca havia agredido fisicamente ninguém, só a ele mesmo. Depois de um tempo a equipe de referência se diluiu na rotina do serviço, mas a potência das referências continuou e era isso que importava.

João passou por diversas referências no serviço, algumas deixaram o serviço e outras desistiram no caminho devido aos embates. Eu escolhi João, mas ele escolheu suas outras referências, como Chica, auxiliar de serviços gerais, e Nara, terapeuta ocupacional, que antes de ser nomeada como referência, já exercia esse papel junto comigo. Eu permaneci como uma referência durante todo o processo e assim que Nara assumiu a referência, não houve mais trocas, sustentamos juntas todas as tensões até o fim.

A entrada de Nara foi importante para mim, uma vez que seu olhar e pontuações eram muito certos para João. A bagagem teórica de Nara na Atenção Psicossocial e a delicadeza de sua clínica, nos fizeram parceiras. Uma liberdade que ultrapassava o setting, imersa nas artes, ela tinha uma inventividade na clínica, que se contrapunha a minha formação, centrada em uma sala. E o mais importante, nos fortalecemos enquanto parceiras de João, que podia transitar em um terreno mais sólido. A proposta da gerente e a minha parceria com Nara, me ensinou que o papel da referência era “banciar o caso”, basta um profissional se implicar no caso para este ser investido, sustentado e movimentado. E quando compúnhamos um coletivo, ficávamos ainda mais potentes. Trata-se da “transferência de trabalho”, como nos ensina Figueiredo (2005, p. 47-48):

A transferência de trabalho, não é, como o nome pode indicar, transferir o trabalho para o outro. Ao contrário, a transferência de trabalho é concebida a partir do próprio conceito de transferência, central no tratamento psicanalítico, mas dessa vez como um instrumento do trabalho entre pares. Seria a condição do estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é consequente. A transferência que deve operar no trabalho em equipe deve ser norteadada pelo fato de que há um objetivo comum às diferentes profissões, que é uma determinada concepção da clínica pautada no sujeito.

A escolha “entre pares” deve ser feita pelo trabalho, não baseada em gostos ou preferência pessoais, mas de um movimento de cada um da equipe em direção ao trabalho, tomando seus pares como parceiros na clínica.

A tensão e os embates não deixavam a equipe se fechar em um grupo, mesmo na polarização de leituras, havia um “dar de si” dos dois lados, mesmo aqueles que eram contra as posições da equipe de referência, que se colocavam a favor de sua expulsão nas reuniões, bancavam o manejo com João no instante clínico e produziam surpresas tanto ao profissional quanto ao adolescente. Nesse sentido, havia um coletivo potente e, também, um “corpo a corpo” que produzia atos efetivos pela equipe. Cada um tinha que se ver autorizado, o que não tinha a ver com especialidade, mas sim com uma “posição singular quanto ao ato que tem a fazer e sustentar”. (Elia, 2015, p. 253).

Fato é que sustentar no corpo as atuações de João não era fácil, principalmente, em cenas que emanavam agressividade e violência. Conforme afirma Lancetti (2013, p. 104): “o terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho no qual se substitui o muro do hospício pelo corpo do terapeuta”. Sustentar essas cenas com uma ética era muito mais difícil na convivência, um espaço sem paredes que aparentemente não havia um enquadre que nos protegesse e estabelecesse borda aos profissionais. Havia um insuportável que o trabalho em equipe não nos livrava de enfrentar, esse “corpo a corpo”, “um para um”, era inevitável. Era isso que fazia os profissionais repelirem João, quererem tirá-lo da sua frente, efeito provocado em mim algumas vezes e que me inquietava.

Apesar de não responder com um afastamento do usuário ou com a minha retirada da cena ou até mesmo do serviço, com uma justificativa a partir da minha especialidade: “fonoaudiólogo não faz isso”, eu tinha questões. Como já dito, eu não indagava se eu era ou não fonoaudióloga, eu me autorizava a estar ali, independente da minha especialidade, mas havia uma inquietação: me perguntava o que fazer com meu corpo na convivência.

Ao ingressar no CAPS me assustou a proximidade com os usuários e a quantidade de horas em que ficávamos em contato com eles, sustentando uma posição clínica. Como disse, estava acostumada com o paciente ir embora após 45 minutos de sessão, no CAPS ficávamos por horas no corpo a corpo com o usuário na convivência e eu temia perder minha posição clínica ali. Fato é que na convivência com as especialidades diluídas há uma linha tênue em que a atuação dos profissionais pode se reduzir a “qualquer coisa”. A minha questão é como garantir que esse espaço de atuação, o mais potente do CAPS, não se reduza a “qualquer coisa”. E como sustentar esse um a um? Tomava a questão para mim, retirando o problema de João. Trago uma cena para ilustrar como a angústia me afetava no instante clínico.

João e outros dois adolescentes estabeleceram um “triângulo amoroso”. Pedro, adolescente em situação de rua e usuário de crack, com uma dinâmica de vida parecida com a de João, o conheceu na convivência. Entre aproximações e conflitos, se tornaram amigos, mesmo com as inúmeras tentativas de João o repelir. Juliana, adolescente usuária de cocaína, morava com o pai e levava uma vida aparentemente mais organizada, já que não permanecia em situação de rua e os vínculos com a família não estavam completamente rompidos. A adolescente e Pedro se tornaram muito amigos, João se apaixonou por ela e Pedro era apaixonado por João. O encontro dos três na convivência, fez João se aproximar dela que começou a corresponder às suas investidas. Porém, ele passou a sentir ciúmes da relação de Pedro e Juliana e acabou colocando o sentimento em ato. Num movimento de repetição, roubou o celular que Juliana havia ganhado de aniversário do pai, o qual estabelecia uma relação conturbada.

Dias depois, João e Juliana conversaram sobre o ocorrido, num atendimento com os profissionais. A adolescente falou de sua decepção, confessou que estava gostando de João, estava correspondendo seu amor e pensava em aceitar seu pedido de namoro. Por isso não entendia por que ele havia a roubado e lhe direcionou a pergunta, ressaltando que eles podiam estar namorando, mas que ele a afastou. Colocou que o adolescente sabia o tanto que o celular era importante para ela, pois havia ganhado de seu pai de aniversário.

João estava com a cabeça deitada em meu colo, apesar de meus pedidos para ele se levantar, foi deste modo que sustentou a conversa. Ao ficar diante de questões que não eram formuladas pela equipe, mas foram feitas por Juliana, começou a chorar como uma criança, soluçar e dizer que nunca havia tido uma festa de aniversário. Fiquei muito afetada nesta cena e segurei para não chorar junto com ele. Ao mesmo tempo que o acolhia, me perguntava o que eu estava fazendo ali, ou melhor, o que era meu corpo naquele momento.

Não lembro exatamente o que disse a ele, mas esta cena me marcou, por que me questionava: ultrapassei o limite entre profissional e paciente? Ao mesmo tempo, continuava me perguntando: o que eu era ali? Qual posição eu assumia? O que era meu corpo naquele momento? Esta cena extrapolava tudo que eu havia aprendido na clínica, um corpo a corpo, que me assustava.

Questiono por que esta cena me marca? Que poderia ser muito comum na clínica com crianças, em que também emprestamos nosso corpo, mas tudo era diferente: outro setting, outro cenário, a conversa entre os adolescentes, o conflito. Muitas vezes durante a minha formação me perguntava se o que eu estava fazendo mudaria a fala de uma criança. Por não ter uma técnica objetiva como anamnese, protocolos, mas apenas minha escuta. Ao mesmo tempo que me interrogava, no processo de formação, tinha uma ilusão de proteção em um setting mais tradicional. Havia um espaço físico que parecia me dar bordas e limites, inclusive para sustentar o que não era previsível, havia algo mais concreto em que eu podia me ancorar. No entanto, não se tratava do espaço físico, havia a configuração de uma clínica: os pais levam a criança, iniciamos com uma entrevista e em seguida a avaliação de linguagem, havia procedimentos consistentes estabelecidos.

Naquela cena, não havia onde me ancorar, não era um grupo, por exemplo, com alguma atividade dirigida para me apegar, era uma conversa que não havia nada de previsível, que parecia me deixar desnuda. Entretanto, o que sustenta uma posição clínica em momentos como este, frequentes numa convivência de CAPS é o corpo teórico do clínico. Havia uma escuta e uma posição ética que me direcionava a não “fazer qualquer coisa”. Trata-se da configuração de uma clínica e um enquadre, os mesmos procedimentos que me sustentavam em uma sala. Os conceitos de “sintoma”, “sujeito”, “escuta” apesar de não estar num setting mais tradicional, me enquadrava e me bordava em um espaço tão aberto. A clínica não é causa e efeito, havia um corpo teórico que ia comigo em todos os lugares do CAPS.

Trago a proposição da clínica de linguagem para aprofundar a questão: *a posição do clínico frente a fala do sujeito, determinada pelos efeitos de um corpo teórico, sustenta e constitui uma escuta no instante clínico*. O clínico de linguagem é marcado por uma teoria que permite uma relação à fala distinta daquela de um falante qualquer. “Efeitos”, escuta e interpretação ditam a direção no instante clínico a partir de uma sustentação teórica consistente sobre a linguagem como explorado no capítulo anterior. Desse modo, a posição do clínico de linguagem frente à fala sintomática, implica uma escuta teoricamente orientada para poder dar “tratamento” a essa fala que chega à clínica, isto é, dependendo de como se concebe linguagem,

sujeito e sintoma, o acolhimento destas falas será de um determinado modo (Lier-DeVitto; Emendabili, 2015, p. 72).

Andrade (2003, p. 17) faz uma reflexão sobre a natureza da escuta do clínico de linguagem que impõe uma reflexão sobre a distinção entre ouvir e escutar. “Ouvir” diz respeito à capacidade/condição orgânica (integridade do aparato sensorial) e escutar é efeito da relação de um sujeito à fala, efeito que decorre da estruturação do sujeito pela linguagem. Sendo assim, “o corpo que se trata não é o orgânico, mas o corpo pulsional, isto é, interpretado” (Andrade, 2006, p. 206).

A partir dessa distinção ouvir x escutar, organismo x corpo pulsional, a pesquisadora (2006, p. 173) afirma que o clínico de linguagem se faz clínico “no momento em que sua escuta é capturada pela singularidade da fala-escuta do paciente”. Como já explorado, há uma regulação teórica para que a prática não seja intuitiva, a partir de sua definição de sintoma construída através de uma relação particular com a Linguística e Psicanálise, que permite ao clínico constituir uma escuta que singularize seus gestos clínicos. Note-se que está em questão uma atividade clínica em ato e o entendimento de que o funcionamento da Língua afeta a fala em questão. De acordo com Lier-DeVitto e Emendabili (2015, p. 74):

O encontro do clínico de linguagem é com a fala in vivo (voz, corpo e instante) - é com a fala, assim definida, que ele tem que se haver. Em termos bem específicos, um clínico de linguagem não deveria se furtar ao instante da fala: do “corpo que fala” e do “corpo de uma fala”, como se tem sustentado na Clínica de Linguagem. Certamente esse encontro singular demanda uma escuta não menos singular, que só pode ser instituída por efeito de um corpo teórico.

É a constituição de tal escuta, efeito de um corpo teórico, que nos coloca em outra posição frente às falas no instante clínico e produz um ato que incide sobre o sintoma. Posição que transforma seus gestos em interpretação, podendo assim, provocar mudanças na fala do sujeito. “É uma clínica de efeitos, a interpretação depende do instante clínico e dos efeitos entre as falas do sujeito e do clínico, num jogo significativo que se estabelece em um diálogo” (Lier-DeVitto, 2013, p. 113). Desse modo, a interpretação não é tomada como “técnica” ou “instrumento” terapêutico, mas sim “efeito de um ato clínico”, é questão teórica decorrente do privilégio dado à escuta do que trabalha embaixo – *la langue* em suas leis de referência interna (Santos, 2021, p. 23).

Desse modo, não há antecipação, há o imprevisível e a posição de um sujeito frente a um acontecimento. Trata-se de uma ética que posiciona o clínico, levando em conta que

posições diferentes implicam éticas diferentes. Para Lier De Vitto (2004, p. 55) “teorias são produtos dessa ética e elas são condição, não só para a instituição do *corpo do investigador*, como também para a constituição do *corpo do clínico de linguagem*”. É este corpo que me posicionava na cena apresentada.

Lier De-Vitto (2004, p. 57) aponta a “pregnância das falas sintomáticas na escuta do clínico do caso - uma escuta em que reverbera a voz de um sujeito, e voz que carrega a cena vivida”. Nesse sentido, todo efeito é no corpo e assim, o significante marca o corpo do clínico. Desse modo, a teoria marca o corpo do clínico, que produz um ato que afeta o corpo do sujeito.

O que também configurou uma escuta diferente de um leigo foi a relação transferencial estabelecida com João, que, também, configura o instante clínico:

é uma demanda dirigida ao outro, por conta de um sofrimento (singular) entre sujeitos, uma relação que não poderia ser compreendida como *interacional* ou *comunicacional*, sem sentido estrito. De fato, uma dissimetria constitutiva marca a relação clínica: o que um sujeito em sofrimento pede ao outro-clínico é que ele o liberte de um mal-estar, pede ‘que ele faça passar o clamor a calmar’ (Soller, 1996, p.97-98). Ele, o paciente, não quer *bater papo* ou trocar pontos de vista. Um sujeito, que chega à clínica de linguagem supõe, portanto, ao outro terapeuta, um saber sobre o que o faz sofrer, sobre o que o marginaliza – supõe a ele o domínio sobre uma técnica que poderia fazê-lo ‘passar a outra coisa’ (Allouch, 1995). Esse sujeito atribui ao clínico, portanto, um saber sobre aquilo que, para ele, é enigma (Lier-DeVitto, 2004, p. 51).

O pedido de ajuda que João me dirige e a minha escuta para tal “clamor” configura a convivência como um espaço clínico e não como um espaço de “convivência” qualquer. Não se trata de uma relação interacional/comunicacional presentes, por exemplo, num centro de convivência. Não é um lugar apenas para trocas duais entre terapeutas-usuários ou usuários-usuários. É inevitável remeter a presença do corpo que se oferece à interpretação quando estamos na esfera da Clínica de Linguagem. Um sujeito que é efeito da linguagem, capturado por ela, e que se desloca na relação triádica.

Estamos lidando com “efeitos”, que a fala provoca na escuta do próprio falante e do clínico, efeitos que o funcionamento da Língua provoca na fala no instante clínico. “O efeito dessubstancializa o estatuto de objetividade, e, portanto, coloca em questão esse estatuto” (Carvalho, 2005, p. 64). Há um tempo outro no instante clínico, segundo Lier-DeVitto (2004, p. 50), é tempo “atemporal”:

Trata-se de uma marca localizável num efeito vivido. Assim, instante remete a uma vivência e implica, portanto, sujeito (...) Trata-se de ‘uma dimensão

precisa' (Carretero, 1958), apesar de 'não mensurável': uma dimensão complexa em que heterogêneos se nodulam sob a forma de efeito (Lier De Vitto, 2004, p. 50).

O encontro do sujeito com o clínico de linguagem é instaurado nesse “tempo atemporal”, que é o tempo da experiência efetiva “não um tempo cronológico, que engole os instantes na corrida do passado ao futuro, mas um tempo lógico que faz valer o instante como decisivo” (Fingermann, 2009, p. 63). Como coloca Arantes (2019, p. 42) “um ato de fala sustenta-se, unicamente, em tempo real”, desse modo, a fala viva permanece viva na escuta do clínico e participa do diagnóstico e interpretação.

Segundo Lier-DeVitto (2004, p. 53), o tempo do significante é outro, não é da ordem da cronologia. É nesse tempo que a teoria opera na escuta e, paradoxalmente, o clínico suspende a teoria:

Ecos também de Freud sobre a técnica nascida da escuta para o singular, para o instante clínico que suspende a lembrança da teoria, o saber científico (conceitos e objetivos). Mas a teoria está lá, no corpo do clínico de linguagem, mais particularmente, na sua escuta que não é qualquer, como qualquer não é sua posição frente à fala sintomática.

Instante clínico configurado a partir da minha escuta que não depende de um determinado espaço físico para operar. É esse tempo que rege meu encontro com João na convivência, não o espaço físico, é isso que faz da convivência um instante clínico. É imprescindível para uma clínica operar, essa “suspensão” da teoria para que aquele instante nos interogue. Como na cena descrita que me sinto despida de uma teoria com aquele choro inesperado. O saber aparece a posteriori, em forma de interpretação. O que torna condição essencial sustentar o não saber e o imprevisível do instante clínico.

Após a finalização da conversa, João continua chorando em meu colo. Minha vontade era dizer que faríamos uma festa de aniversário para ele, mas sustentei o silêncio pois entendi no mesmo momento, que não era disso que se tratava. Acredito que menos o que foi dito, o que foi importante foi sustentar uma posição junto com ele, meu corpo sustentar algo ali que pôde acolher seu choro. Na cena, sustentei a surpresa, meu susto, o horror da cena, que escancarava o abandono e o desamparo, algo imprevisível na vivência da cena. Apostei no silêncio e em meu corpo o sustentando como um ato clínico, assim, não respondi imediatamente a demanda que me pressionava em aplacar a angústia e sofrimento. Foi preciso sustentar o silêncio e a angústia para que a cena pudesse ter desdobramentos na própria escuta de João. Era preciso

responsabilizá-lo por seu sofrimento e ao mesmo tempo oferecer meu corpo teórico como possibilidade de suporte à sua dor.

Por fim, trago uma citação de Lier-DeVitto (2004, p. 56-57) que sintetiza a discussão:

uma clínica de linguagem só poderá nascer da própria clínica, movimentada por inquietações e impasses dessa vivência do singular e da fala in vivo. Ela não poderá brotar de prática alienada a um método científico, nem poderá nascer se guiada por manuais e procedimentos normativos, que antecipam os passos do clínico (...) não dispensar a pregnância das falas sintomáticas na escuta do clínico do caso - uma escuta em que reverbera a voz de um sujeito, e voz que carrega a cena vivida.

Há uma mudança de setting no que se refere ao modo como a clínica de linguagem foi construída, porém a especificidade do clínico aparece no encontro diário com os usuários e no diálogo com os outros discursos que circulam no serviço e na rede. Então é numa articulação entre o “não saber” que fica explícito na convivência diante da crise e do inusitado do usuário e o “saber” da teoria que garante uma intervenção e posiciona o clínico de linguagem diante do sujeito a partir de uma ética. Podia me autorizar a estar ali, pois tinha esse saber teórico que me permitia uma posição ética frente aos casos. Minha concepção de linguagem me dava subsídios para explicar a possibilidade de estar em um setting mais amplo. Havia um arcabouço teórico que atravessava meu corpo e me dava subsídios para estar em qualquer espaço do CAPS.

O papel da referência já havia feito lição quando sustentei o acompanhamento de João todos os dias na convivência, mesmo não sabendo muito bem do que se tratava aquele espaço. Acredito que não foi intuição, pude tomar tal decisão com as noções da clínica de linguagem, a configuração e os pilares estavam ali “embaixo” fazendo pressão em minha escuta. Sem saber havia uma articulação aí entre a Atenção Psicossocial e a Clínica de Linguagem que foi vivida por mim, em meu corpo.

A verdade é que mudanças operavam em mim enquanto clínica e outras teorizações passavam a constituir meu corpo clínico. Os lugares em que me perguntava o que fazer com meu corpo, dizia também da minha inexperiência com a clínica da atenção psicossocial. Havia um imperativo em meu imaginário, me dizendo que não podia fazer de outro jeito, como se estivesse traindo os preceitos da clínica de linguagem. Por isso, muitas vezes a cobrança dos profissionais que pediam atendimento individual para João me inquietava, pois eu acreditava que era o único modo de produzir mudanças de posição em um sujeito.

Embora a convivência me indagasse, eu não deixava de bancar e investir no espaço, mesmo sem saber o que estava fazendo. Nessa tensão comigo mesma, para bancar João no

serviço foi preciso estar com ele nos espaços que ele podia estar. Então o acompanhando, fui entendendo o que era essa clínica do CAPS, assim, fui me desconstruindo enquanto o serviço se construía.

Oferecíamos diversos dispositivos para João: atendimento individual, domiciliar, grupos, oficinas e acompanhamento terapêutico pelo Centro. Acolhimento quando chegava no serviço e quando havia um atrito, roda de conversa, assembleia etc., criávamos diversos lugares de fala. Trata-se da clínica da atenção psicossocial, isto é:

(...) da clínica praticada em movimento, fora dos espaços de reclusão convencionais, com o que se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os luxos da cidade e da cultura. ‘Estar-presente-em-movimento’, ‘pôr as pessoas de pé’, desterritorializar o contexto e o setting, habitar o limite e a tensão, investir na força, eis uma reversão nos hábitos clínicos consagrados, com seus paradoxos e riscos. (Pelbart, 2013, p. 12).

João foi me ensinando essa tal clínica quando não deixava a tensão com sua presença esvair. O dispositivo mais potente para ele foi a “convivência”, onde não havia demanda de fala, ele começou a falar. Lugar em que suas atuações foram transformadas em fala e assim, fui percebendo a potência desse dispositivo. Conteúdos eram trazidos ali, embora minha expectativa e da equipe era que ocorresse em um atendimento individual, aos moldes “tradicionais”. Assim, na vivência do serviço, fui aprendendo o que era convivência e entendendo o que era a clínica da atenção psicossocial, ainda com Pelbart (2013, p. 13) “ao lutar contra a produção maciça da impotência subjetiva, num contexto de desterritorialização generalizada, trata-se de inventar as linhas de fuga aptas a relançarem o movimento na direção de outras possibilidades de subjetivação”.

Em um café da tarde, João me contou que quando fosse pai ia querer um menino, fez uma pausa e disse “uma menina também” (*sic*). Refletiu e decidiu que não iria escolher um filho como seu pai, que queria uma menina e, por isso, só gostava de sua irmã e o tratava mal. Falou da irmã Priscila, contou que fazia arroz para ela e quando ficava duro, ela reclamava. Competia quem comia mais com seu pai, por isso tinha o hábito de comer rápido. Lembrou o dia que a irmã foi adotada: havia ido à escola e quando voltou sua irmã já não estava mais no orfanato. Eu exclamei: “que horror!” E ele: “bota horror nisso, tia! Mas agora ela está num lugar melhor” (*sic*). João finalizou a conversa dizendo que naquele dia não estava com vontade de “causar” e explicou que quando estava com raiva pegava uma faca e cortava sua mão para não machucar ninguém: “eu me corto para não cortar os outros” (*sic*). Era preciso pensar uma

alternativa: nem cortar o outro, nem cortar a si mesmo, mas fazer cortes. O que fazer com a raiva? Quando foi embora, me pediu para acompanhá-lo até a saída, como já mencionado, ele tinha dificuldade em sair do serviço e sempre causava perto do horário em que o CAPS fechava.

Muito foi dito na cozinha, nomeou a auxiliar de serviços gerais de “mãe”, enquanto Chica servia as refeições uma relação importante entre eles foi estabelecida. Muitas vezes eu me aproximava com uma demanda de fala e João se calava. Chica se aproximava num outro lugar no cuidado e o adolescente dizia muitas coisas a ela, além de, várias vezes, ela conseguir acalmá-lo num momento de crise.

Lancetti (2013, p. 20) batizou esta clínica de “peripatética”, termo escolhido a partir do sentido etimológico da palavra “passear, ir e vir conversando”. O autor a define como “clínica praticada em movimento, fora do consultório, no dentro-fora dos consultórios, nos espaços e tempos traçados transbordando a psiquiatria, a psicanálise e as instituições de saúde mental”. Trata-se de estratégias criadas para aqueles que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais, marcadas pela ousadia, invenção e potência de transformação.

Dessa forma, João trouxe suas questões em fragmentos que eram costurados pela equipe. Era importante as diversas possibilidades de fala, e as diversas transferências, direcionados cada dia para um profissional. Por fim, seja falando, seja “causando”, João trazia sua história: o abandono do pai e a vontade de retomar a relação apesar da constatação de que para isso acontecer teria que fazer um esforço muito grande. A frustração com tia Ruth que se repetia a cada novo abandono dela. As repetições vinham em torno do que retornava como real, trabalhávamos o que o implicava em seu sofrimento. Tais repetições vinham como gozo: como romper com o gozo incessante que se repetia na relação com Ruth? Várias vezes quebrava quando se frustrava com ela.

Importante que outros significantes passaram a circular, João começou a ocupar outros lugares no CAPS: cuidar das crianças, dançar, desenhar, escrever. Cada profissional investia naquilo que seu desejo apontava, para além das especialidades. Fiz um investimento em sua escrita, para além da minha experiência com crianças que apresentavam dificuldade dessa natureza, a escrita sempre exerceu papel importante em minha vida. Por não ter frequentado a escola, João não havia aprendido a ler e escrever, eu dizia que já havia um escritor ali mesmo diante de seus tropeços, oferecendo mais um lugar que poderia ocupar. E João começou a escrever: escrevia palavrões e provocações nas paredes. Escreveu “fila da puta” na porta da sala dos técnicos, o equívoco fez a equipe devolver a provocação: os profissionais se posicionaram em sequência, de pé em frente à porta, convidando a ingressarem a “fila” outras pessoas que

passavam desavisadas e curiosas com a cena montada. João saiu irritado, nos xingando e ao mesmo tempo, segurando o riso. Investimento apresentado por Jucá e Vorcaro (2018, p. 250) como saída ao gozo irrestrito do objeto “mais-de-gozar”:

Um modo de resistência ao discurso capitalista seria a arte, promotora de outra relação com os objetos. Uma relação de potência graças ao poder de criar. Através da criação e não do consumo, o adolescente produz um objeto (por vezes, uma canção ou um poema), através do qual faz laço e tenta imprimir, no Outro, sua marca.

Muito foram os investimentos na arte, João foi incentivado a desenhar, produziu vários demônios, quase sempre mascarados e cenas que entravam na cadeia discursiva tanto em sua fala como na dos profissionais. Seguindo as recomendações de Amarante (2007, p. 88), “os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede do serviço e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes”. Nara e outros profissionais o levaram a diversos pontos de cultura para ver exposições de arte, com um grupo chamado “*Conhecências do Centro*”.

Nara era afetada de modo diferente de mim ao escutar o que João trazia sobre sua irmã, como já mencionado, fato que teve desdobramentos importantes durante o processo. O adolescente mudava de posição quando estava com crianças pequenas, Nara notou e fez uma aposta aí. Pontuou para ele e João se deslocou do discurso institucional, se implicou neste lugar e passou a falar que sabia cuidar bem de crianças, pois havia cuidado de sua irmã. A terapeuta ocupacional levava também este discurso para a equipe, o que surtia efeitos na lida com João.

Naquele momento, Nara, a assistente social Dora e eu fazíamos um grupo com crianças de cinco a dez anos, chamado “Palavreando”. As técnicas ao observá-lo cuidando das crianças do grupo, tiveram a ideia de João acompanhar os passeios do grupo, investindo nele em outra posição. Fizemos a proposta a ele, que logo aceitou e se autodenominou “educador”. Na convivência, fez um crachá e escreveu “Educador João”. Sugeriu locais para os passeios: Parque do Ibirapuera, Rua São Bento para ver os prédios antigos de São Paulo, jogar futebol no Vale do Anhangabaú. Usamos o computador juntos para buscar outros lugares para passeios, encontramos a peça de teatro “Biliri e o pote vazio”, contei que tínhamos o livro que baseou a peça no CAPS, ele pediu para ler.

Fizemos uma reunião sobre as crianças do Palavreando, para explicar que elas poderiam “causar” em algum momento do passeio e deveríamos estar preparados para qualquer imprevisto. Retomamos as regras do CAPS, colocamos que estas também valiam para os

passeios e que ele deveria passar para as crianças. João disse que algumas regras não eram adequadas para crianças como a proibição do uso de drogas e trazer armas ao serviço. Note-se que o significante “causar” tomou outra posição no nosso discurso e no do adolescente.

Na hora do almoço, João foi até sua casa, tomou banho e trocou de roupa para o passeio. O primeiro contato com as crianças como educador foi um desafio, a primeira criança que se aproximou não respondeu ao seu “oi”, ele exclamou: “ai que raiva!” (*sic*) e tentou contornar: “vou fumar um cigarro para me acalmar” (*sic*). Durante o passeio cuidou das crianças e colocou nova regra “não desobedecer ao educador” (*sic*).

A presença de João também foi potente para as crianças, por ocupar outro lugar, estabelecia uma relação diferente dos profissionais. Gustavo, uma criança do grupo, já tinha relação importante com o adolescente devido aos encontros entre eles na convivência do CAPS. Gustavo era uma criança que pouco falava, permanecia quase inerte ao grupo. No contato com João, passou a se colocar e imitar seus trejeitos de “malandro” e para desespero de sua mãe, começou a falar “palavrões” e se portar da mesma maneira impositiva de João, apresentando mudanças em sua posição de falante.

No caminho de volta ao CAPS, na Praça da Sé, João colocou Gustavo em suas costas o carregando numa brincadeira de “cavalinho”. Os dois estavam se divertindo, a criança gargalhava, até que João escorregou numa poça d’água. Durante a queda, segurou Gustavo e foi movendo seu corpo para protegê-lo, assim caiu no chão de um modo que o garoto permaneceu em seu colo, evitando que este se machucasse. Cena marcante para todos, que tirava João da repetição e marca a potência do encontro entre os dois. De acordo com Kupfer; Voltolini e Pinto (2010, p. 106):

Ser convocado por outra criança para viver outras posições pode levar essa criança a abandonar formações sintomáticas, já que essas formações andam, justamente, na contramão do movimento e fixam o sujeito na repetição do mesmo. Ver um amigo em outro lugar, ou ser convidado pelo amigo a ocupar outra posição, isto é o que uma criança pode fazer pela outra.

Após o passeio fizemos mais uma reunião com o “educador”, Dora perguntou se havia diferença das crianças dentro e fora do CAPS, João respondeu que elas ficavam melhores fora do CAPS, pois estão mais livres, “aqui dentro ficam muito loucas” (*sic*). Durante o dia todo, falou de sua família: contou que não lembrava de sua mãe, pois faleceu quando era muito pequeno e que não tinha a mesma mãe que sua irmã. Disse mais uma vez que sabia cuidar de crianças, pois cuidava de sua irmã mais nova. Relatou que apanhou da Guarda Civil

Metropolitana pois colocou em seu cartão SUS o sobrenome de sua irmã “Fernandes” junto ao seu, como seu nome estava diferente de seu RG foi agredido.

Em outro passeio, um adolescente autista o provocou e João reagiu de forma agressiva, o adolescente se desorganizou e foi preciso contê-lo. João retornou a cena e ajudou as terapeutas a contornarem a situação de crise, se dispôs a colocar as crianças dentro do carro, quando fazíamos a contenção física no adolescente. Refletimos com ele como foi difícil quando algo saiu do nosso controle e o que poderíamos fazer para tentar evitar que situações como estas aconteçam. Falamos sobre a condição das crianças e importância de limites e regras. No dia seguinte, João estava se sentindo mal, com muita tosse, o acompanhei ao AMA, e ele contou que ficou doente, pois ficou muito nervoso no dia anterior, explicou: “sempre que eu fico com raiva, fico doente” (*sic*).

Parte da equipe não concordava com a proposta do Palavreando, referiam que ele “causava” e ganhava um “prêmio” participando do grupo. Reduzindo a amplitude da experiência, para algo como “estímulo → resposta esperada → reforço positivo” ou “estímulo → resposta inadequada → punição”. Fato que a proposta se diluiu quando tentávamos tratar as questões das regras neste viés, como se ele fosse aprendê-las e parar de “causar”. Rapidamente João sacou o que estávamos fazendo, o uso que estávamos fazendo da proposta, o “enganando”, percebeu que as regras estavam sendo colocadas a ele e não ao “educador”. Assim o papel de “educador” começou a ser esvaziado, embora a proposta tenha surtido bons efeitos.

De acordo com Amarante (2007, p. 88), “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em ‘rede’, isto é, formando uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos”. Sendo assim, posso dizer que João me ensinou muito sobre a clínica da atenção psicossocial, pois este tecia sua própria rede, uma vez que extrapolava a “convivência” do CAPS para outros espaços e serviços.

Esclareço que o CAPSi Sé ficava localizado em um prédio verde, conhecido como “quartirão da saúde”, pois havia diversos serviços alocados nele. No térreo, havia UBS e AMA, no primeiro andar ficavam as equipes do NASF e APD. No segundo andar, estava o CAPS álcool e drogas. No terceiro andar o CAPS ij, que dividia o espaço com a Unidade de Medicina Tradicional. No quarto andar se alocava o CAPS adulto e no quinto andar a Supervisão Técnica de Saúde. João circulava pelo prédio todo e fazia suas relações, criou uma família imaginária no prédio do CAPS: a auxiliar de serviços gerais do CAPSi era sua mãe, o gerente do CAPS AD foi nomeado de pai e a sua irmã se tornou a psicóloga, também do CAPS

AD que possuía o mesmo nome de sua irmã biológica. Aí estava José, “aparecido”, com seu jeito expansivo era fácil fazer relações e assim fazia sua rede.

A cidade também foi cenário para João, investimos na circulação pelo centro de São Paulo: o levamos para a escola, tirar seus documentos, usar o computador, a internet, a biblioteca do SESC, shows e exposições no Centro Cultural Banco do Brasil. Era muito diferente o modo de presença de João quando estava sozinho pelas ruas que estava acostumado a andar e quando caminhava acompanhado pelos técnicos da equipe.

Durante essas andanças trouxe mais da sua história: sempre falava de sua relação com o pai, das situações de violência e dizia que mesmo o pai não gostando dele, ele gostava do pai. Sempre dizia como seria como pai. Falava do amor pela tia Ruth e a expectativa de ser adotado por ela. Acreditava que não ia viver muito, confessou que sentia vontade de pular de uma ponte sempre que passava por uma, enquanto caminhava pelo Viaduto do Chá. Contou de sua primeira relação sexual e como foi difícil a primeira vez que se prostituiu. Falou como a droga já lhe ajudou a nem pensar no que estava fazendo quando se prostitui, apontou o lado bom e ruim disso.

Até que decidi fazer algo com estas falas que “carregava”, João pediu para ir à sua cidade natal, queria visitar o abrigo e ver o pai. No dia da visita ele estava com receio, fingiu que dormia na hora da saída, porém decidiu ir conosco. Em sua cidade, deu as direções para chegar à casa de seu pai. Quando chegamos, Antônio abriu a porta, viu o filho e bateu à porta em sua cara, João chorou e correu para a perua. Nara e eu nos apresentamos e batemos na porta novamente, insistindo que ele nos atendesse. Depois de algumas tentativas, ele abriu a porta, explicamos nosso serviço e o motivo da visita, ressaltamos que João queria apenas vê-lo, não foi pedir para ficar ou cobrá-lo de algo.

Antônio estava sozinho em casa, sua esposa e filho de dezoito anos estavam trabalhando. Foi ríspido, estava apressado, desconfortável com a conversa, nos atendeu com uma toalha em seus ombros e disse que precisava tomar banho para ir trabalhar. Falamos das mudanças de João, que estava há dois anos em acompanhamento no CAPS, iria completar dezoito anos e estava caminhando sozinho, naquele momento, seus olhos encheram de lágrimas. Contamos que João ia trabalhar como vendedor, ele respondeu “boa sorte” (*sic*) de modo irônico.

Perguntamos se o pai gostaria de apenas ver o filho, ele não aceitou: “é passado. E passado tem que ficar no passado” (*sic*). Antônio não nos convidou a entrar, disse que precisava tomar banho e nos dispensou. João ficou chorando na perua, contamos o que seu pai nos falou, ele disse que já esperava que ele agisse desse modo. Colocamos a possibilidade de o pai lembrar

dos fatos ruins que ocorreram entre eles quando o encontra e que, por isso, João era mais corajoso, pois conseguia encarar essas lembranças.

Apesar das atuações, repetições e tensão com a equipe não cessar, João apresentava mudanças em seu modo de presença, durante as conversas havia escuta para a fala dos terapeutas, conseguia falar de si e de sua tristeza. Em um evento do Dia da Luta Antimanicomial pôde fazer parte da manifestação e das atividades coletivas, recitou um rap criado por ele e falou no microfone sobre as mudanças em sua vida e da importância do CAPS. João estava muito feliz, orgulhoso de si e eu também. Olhei para ele muito orgulhosa e ao me ver correu e me abraçou, extrapolando a alegria que sentia por estar ali ocupando outro lugar.

Cenas que confirmam a afirmação de Lancetti (2013, p. 30) “estar presente em movimento, esse estar-aí-junto e em movimento, gera uma continência às vezes maior que a que se passa entre as quatro paredes do consultório”. João também foi protagonista em outros espaços, participou do Seminário de “Drogas e Direitos Humanos” na Assembleia Legislativa. Estava envaidecido, pois já havia ido ao local anteriormente, muito à vontade, falava alto e mostrava os caminhos. Durante o debate, estava agitado, entrou e saiu da sala, pegou café, saiu para fumar. Retornou, tomou coragem e foi ao microfone falar para o público sobre seu percurso no CAPS e que estava há um mês sem fazer uso de drogas devido ao tratamento no serviço.

Desse modo, foram diversos dispositivos utilizados e inventados para escutar João: livro de plantão, equipe de referência, discussão do caso, plantão, supervisão. Trata-se da clínica da atenção psicossocial, a clínica do CAPS, a possibilidade de inventividade, de inventar o serviço a cada caso.

Muitas mudanças foram operadas, mas pareciam passar despercebidas por parte da equipe que ficava cega diante das repetições de João. O fato de continuar fazendo uso de drogas contribuía para a “cegueira” dos profissionais. O uso de crack era como um “namoro” com a morte, não pela substância em si, mas pela situação de risco em que se colocava. O adolescente entrava num movimento incessante de uso de crack, ficava semanas na Cracolândia e quando seu corpo não aguentava mais fazia uma pausa e migrava para outro território, onde o uso era menos intenso. Colocava-se em risco também na relação com os traficantes, os roubava e estava sempre devendo a eles, ficando sempre ameaçado de morte.

Como disse anteriormente, João retornava todos os dias ao serviço e com isso houve um corte no movimento intenso de uso, que passou a se restringir a algumas noites e aos finais de semana, momentos em que o serviço estava fechado. Poucas vezes ficou dias corridos na Cracolândia após iniciar o acompanhamento no CAPS. O que era incomum, pois os

adolescentes não sustentavam uma continuidade no atendimento como João, a frequência era sempre quebrada, desapareciam por dias, meses, anos. Apesar das mudanças em seu modo de presença e na diminuição do uso, o namoro com a morte ainda continuava. O uso de crack alternava em “nada” ou “muito”.

Curiosamente, ao escrever o caso não faço menção ao uso de drogas. Não foi omissão, foi uma escolha inconsciente quando tomei como decisão escrever sobre os efeitos que o caso produzia sobre mim. Acredito que devido a minha formação, não tomava o uso de crack como determinante dos atos de João, como parte da equipe fazia. O discurso institucional sobre João, estava colado ao rótulo de usuário de drogas.

O modo como o usuário de drogas é estigmatizado na sociedade, influenciava as leituras da equipe para os atos do adolescente. Inúmeras vezes o comportamento do adolescente foi tomado como efeito do crack ou da abstinência, que o fixavam ainda mais no significante “causar” e tamponava o enigma, adotando as drogas como um saber absoluto sobre ele. João circulava em outros espaços de protagonismo, mas ainda não saía do lugar de usuário de crack, assim era fixado no discurso do outro. De acordo com Bastos (2009, p. 28):

No caso da instituição de saúde - e mais especificamente da instituição de saúde mental, destinada ao tratamento de usuários de drogas, de que trata esta pesquisa, para além do atendimento clínico - a função do psicanalista é oportunizar a emergência do sujeito, que muitas vezes se encontra obliterado pelos ideais vigentes na instituição no que concerne ao indivíduo, que definem sobre aquilo que ele deve querer e, portanto, sobre o que a instituição deve lhe proporcionar, alienando-o à estrutura que dele trata.

Como já dito, as drogas fechavam as portas do CAPS para João, pois não se encaixava na categoria “transtorno mental”. Até que em dezembro de 2011 foi instituída a Portaria GM/MS nº 3088, que incluiu o atendimento de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas nos CAPS infanto-juvenil. Portanto, o atendimento de João, passou a ser autorizado oficialmente por uma lei. A implantação da portaria não foi suficiente para acabar com os conflitos entre a equipe, mas é de extrema importância ter instituído um lugar de cuidado para João e outros adolescentes. Concordo com a afirmação de Couto e Delgado (2015, p. 21) “se marcos legais por si não alteram a realidade, podem, em certas circunstâncias, produzir modulações no real, agindo ativamente na inscrição social de novas concepções e práticas eticamente sustentáveis”.

Partir do pressuposto que o CAPS é destinado a João foi um grande passo, pois fortaleceu o discurso sobre ele como um sujeito e, também, nos dava recursos, a partir de uma

lei, para sustentar as discussões. Uma lei que poderia funcionar fazendo cortes no funcionamento perverso da instituição, por isso, foi importante que João fosse “institucionalizado” em uma lei. Além disso, a portaria pauta o acompanhamento sob a Política da Redução de Danos (RD), em que o foco não está na abstinência e nas drogas, mas sim no sujeito.

Para oferecer um cuidado intensivo, a partir da ótica da redução de danos, utilizávamos alguns dispositivos: acolhimento intensivo diário no CAPS infanto-juvenil, o CAPS na Rua, a hospitalidade noturna no CAPS álcool e drogas e a Unidade de acolhimento. Nos próximos capítulos, abordarei tais dispositivos utilizados como resposta para romper com os atos repetitivos dos usuários, a partir da apresentação de Pedro e Kelly, adolescentes que ingressaram ao serviço depois de João.

04 PEDRO: TRANSITORIEDADE, REDUÇÃO DE DANOS, CLÍNICA DE LINGUAGEM E PSICANÁLISE

*Prepara que agora é hora do Show das Poderosas
(Anitta)*

A primeira coisa que vi quando peguei o prontuário de Pedro para esta pesquisa foram dois cartões SUS. Paro de respirar por um momento e abre-se um buraco, uma breve angústia, me pergunto retoricamente por que os documentos de Pedro estavam em seu prontuário e não com ele, grudado em seu corpo, talvez. Muitas vezes os adolescentes pediam para guardarmos seus documentos no CAPS, um modo de garantir o nome e a cidadania. Na rua, eles perdiam os documentos ou eram levados enquanto dormiam. Segui pensando como dois cartões SUS podiam fazer uma morte menos anônima. E como essa minha dor às vezes não parece minha. Dor anônima. Volto a respirar e sigo a leitura do prontuário tentando esquecer tais perguntas.

Começo pelo fim: Pedro morreu como indigente, a família ficou sem notícias por meses, Luiza, sua mãe, estranhou o sumiço do filho, pois mesmo na rua, ligava regularmente para ela. A mãe o procurou através de ligações telefônicas a conhecidos e foi informada que Pedro esteve internado em um Pronto Socorro no Centro de São Paulo. Foi até lá pessoalmente e recebeu a notícia de que o filho havia morrido meses antes. Como a família não foi informada, Pedro foi enterrado como indigente, como anônimo. Ao retornar para casa, a mãe recebeu a ligação do hospital avisando de sua morte, o atraso de meses desta ligação não permitiu que Luiza se despedisse do filho.

Pedro passou em acolhimento no CAPS em 03 de junho de 2011, acompanhado por uma agente comunitária de saúde do Centro Legal²⁵. Realizei o acolhimento com uma psicóloga, a queixa enunciada pelo adolescente foi o uso abusivo de substâncias psicoativas: queria parar de usar drogas e solicitou remédio para “fissura” (*sic*). Contou que tinha dezessete anos, os pais moravam em um município da Grande São Paulo e tinha cinco irmãos. Trazia o pai como principal culpado por ter ido para a rua. Aos onze anos, saiu de casa por causa das brigas com

²⁵ Ação intersecretarial, realizada na região central do Município de São Paulo, onde a Secretaria da Saúde atua em conjunto com as Secretarias Municipais de Assistência e Desenvolvimento Social, Habitação, Gestão, Ministério Público, Guarda Civil Metropolitana, entre outros na atenção a pessoa em situação de rua. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/AcaoIntegradaCentroLegal.PDF>. Acesso em: 06 out. 2023.

ele, desde então vivia em situação de rua. Referiu ser a “ovelha negra da família” (*sic*), falou que a mãe era muito boa, mas não existia a possibilidade de ir para a casa enquanto o pai, que também era usuário de crack, estivesse lá. Pedro riscou o nome de seu pai na folha de acolhimento.

Fazia uso de maconha, cocaína, cigarro e álcool desde os onze anos, mas “trocou tudo pelo crack” (*sic*). Contou sua rotina naquele momento: dormia na Rua 24 de maio, mediações da Praça da República, fazia acompanhamento no Projeto Quixote pela manhã, lavava suas roupas em um restaurante, ao qual prestava alguns serviços em troca de gorjetas e lugar para guardar seus pertences. À noite ficava na Cracolândia, onde trabalhava até às 2:00h e depois usava crack.

Pedro se queixou de sua vida: “minha vida nunca foi boa, a melhor solução seria morrer” (*sic*). Falou que gostaria de ter um trevo de quatro folhas, pois sua vida seria melhor se tivesse sorte. Disse não gostar de pessoas: “sou antissocial” (*sic*). Queixas que foram determinantes para seu processo: “antissocial”, “ovelha negra”, “morte”, isto é, significantes que retornaram em seu percurso e que já apontavam para o principal objetivo de seu acompanhamento: fazer laços.

Retornou ao serviço mais de um mês após o primeiro acolhimento, novamente acompanhado por uma agente de saúde do Centro Legal. Foi acolhido pelo educador físico que também trabalhava no CAPS álcool e drogas Centro (CAPS AD), desse modo, devido a diferença de formação e experiência profissional, a direção no acolhimento e a construção do PTS foi diferente daquela tomada por mim e pela psicóloga. As perguntas foram mais direcionadas ao uso de substâncias psicoativas, apesar de utilizarmos uma folha de acolhimento com algumas perguntas já estabelecidas, o atendimento tomou outras direções.

Pedro retornou ao serviço pois “não consegui sozinho parar com o crack” (*sic*), o uso era diário e “durava enquanto o dinheiro durar” (*sic*). Conseguia dinheiro “fazendo o corre da cocaína para os seguranças do banco” (*sic*) e confessou: “às vezes coloco giz moído no lugar da cocaína e fico com o dinheiro” (*sic*). Repetiu o que foi dito no primeiro acolhimento sobre seu percurso com as drogas, acrescentando “uma droga leva a outra né tio” (*sic*). “A fissura é muito ruim, eu fico causando muito, atormentando todo mundo” (*sic*). Note-se um certo discurso pronto sobre drogas: “uma droga leva a outra” e a “fissura”.

De acordo com Rui (2012, p. 276), a partir de uma visão biomédica, “a *fissura*’ é considerada por esses estudiosos como um forte impulso para utilizar uma substância e, conseqüentemente, fator crítico do *‘uso compulsivo e da dependência*’, sobre a droga (destaques

da autora). Entendi que era preciso desconstruir os discursos alienados e questionar o que seria a “fissura” e o “causar muito”, que adquiria conotação diferente do caso de João.

Trago para discussão os fundamentos que estão na base do discurso de Pedro, trata-se do proibicionismo e a “guerra às drogas”. Pensamento enraizado e presente historicamente no Brasil, baseado nos três olhares mais comuns sobre as drogas: ciência, justiça e religião, em que o usuário é visto como “criminoso”, “doente” ou “pecador” e as drogas como um mal a ser eliminado.

De acordo com Bastos e Alberti (2021, p. 292): “o paradigma proibicionista é o de um mundo ideal livre de drogas, para ele, o único tratamento possível é a abstinência, o que implica, no campo da saúde, o correlato paradigma asilar”. Como já discutido, para a concepção biomédica, o sintoma é um signo, índice da doença e não do sujeito, e, a cura é fundamentada na eliminação dos sintomas para a remissão da afecção. Por isso, a Psiquiatria empreendeu a:

(...) elaboração de critérios diagnósticos, que passaram a descrever a relação da dependência que determinado indivíduo estabelece com uma ou mais substâncias psicoativas. Os diferentes tipos de drogas também mereceram uma minuciosa descrição de seus efeitos químicos, cujo poder de causar dependência muitas vezes apareceu explicitado (Gianesi, 2005, p. 126).

A droga assume papel central, a substância é a causa da dependência química, doença que faz o indivíduo perder o controle sobre si de diversas formas. O tratamento é a extinção do fator desencadeante da dependência química, ou seja, a abstinência. De acordo com Bastos (2009, p. 17) “o sintoma e a doença se confundem, sendo o sintoma - o uso de drogas - a própria doença”.

Segundo Gianesi (2005, p. 126), “no quadro desenhado pela psiquiatria parece não haver sujeito em questão, mas algo que resulta de uma determinada e bastante específica interação entre o organismo e ambientes diversos”. Assim, para garantir a abstinência, o ideal é o isolamento do meio familiar e social. O usuário ocupa um lugar passivo no tratamento, pois acredita-se que perdeu a capacidade de julgamento.

Para o olhar da justiça, o uso de drogas é um delito, um desvio de conduta do cidadão, e o usuário, um infrator. O tratamento, portanto, é a punição e a reclusão, tornando-se um problema de segurança pública, para garantir a retirada do criminoso da sociedade. E sob os olhos das religiões, o uso de drogas é um pecado, o tratamento não é nem a clínica psiquiátrica nem a punição, mas sim a conversão.

Por fim, essas visões tomam a droga como um problema de comportamento e o tratamento é a correção do defeito, seja ele orgânico ou comportamental. Lógica que desresponsabiliza o que é da ordem social por aquilo que produz e, também, o sujeito de seus atos. Em relação ao social, Lancetti (2015, p. 39) afirma que:

o proibicionismo está intimamente ligado à incisividade do poder psiquiátrico, ao oportunismo político e à própria subjetividade contemporânea francamente compulsiva, como o demonstram a hiper comunicação por celulares, computadores, tablets e aplicativos de relacionamento sexual. O uso abusivo dessas telas talvez seja a maior expressão de compulsividade.

De acordo com Bastos (2009), o mercado de consumo no capitalismo apresenta seus produtos como objetos a serem consumidos, capazes de preencherem a falta constitutiva de todo sujeito. A droga seria um desses objetos, a falta de limites instaurada pelo capitalismo gera um consumo compulsivo, que leva a um “consumo do sujeito”. Assim, há a devastação do campo do desejo, em que consumir significa destruir, esgotar.

Por se tratar de uma questão estrutural, a “guerra às drogas” é uma resposta reduzida a uma questão complexa e como nos adverte Bastos e Alberti (2021, p. 293) está longe de reduzir danos, pois, como toda guerra, os acirra. A letalidade do proibicionismo se exprime no número de mortes e se alia ao capital de giro do tráfico que nunca é só de drogas.

Além disso, ainda com as autoras (2021, p. 293), “a premissa da abstinência implica no não acesso à rede de saúde por grande parte dos usuários de drogas”, isto é, fere o princípio da universalidade do SUS que pretende garantir o acesso e direito à saúde para todos. As pesquisadoras apontam que os programas de saúde devem contemplar grandes parcelas da população, para isso é preciso que a abstinência não seja a única meta aos usuários.

Na contramão do proibicionismo, temos a Redução de Danos (RD), trata-se de uma política e prática de saúde pública que visa minimizar danos sociais e à saúde associados ao uso de substâncias psicoativas. A princípio, as intervenções foram marcadas por ações no campo da saúde, atualmente, tem sido ampliada para as esferas do direito à cidadania e Direitos Humanos. (Lancetti, 2013).

Em sintonia com as experiências sanitárias e ao paradigma psicossocial, a RD é uma prática em “defesa da vida”, a qual entende que a criminalização estigmatiza o sujeito e instaura um quarto olhar para essa população, baseado no conceito de cidadania. Como nos ensina Siqueira (2013, p. 56), o “antiproibicionismo” não reduz o uso de drogas a uma doença, um delito ou um pecado, o olhar é para o sujeito e seu sofrimento. A ideia é produzir mudança na

relação do sujeito com a droga, sem optar pela via da abstinência, sem catalogá-lo e classificá-lo segundo o tipo de droga que consome.

De acordo com Bastos e Alberti (2021, p. 292) não se trata da “supressão sintomática e a necessária abstinência e sim a redução de riscos e danos”. Não se trabalha em cima da substância química, mas sim dos efeitos das drogas na vida do sujeito. É um ponto de ruptura, o foco não está na substância em si, senão, como afirma Lancetti (2013, p. 66) “todo mundo que entrasse em contato com as drogas, viraria drogado, o que não ocorre”.

O paradigma ético, clínico e político da atenção psicossocial que tem como princípios a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e a autonomia, orientam a política de Redução de Danos. Complemento a definição com Lancetti (2015) e Oliveira. (2021): para além da ideia de reduzir os danos das drogas, provocados no corpo e vida dos usuários, trata-se de uma prática de “ampliação da vida”. Um posicionamento ético-político que tem repercussões no modo do cuidado, visa a construção de projetos singulares com cada sujeito em seus contextos e territórios.

Como toda prática de “afirmação da vida”, a implementação da RD sofre grandes resistências, uma vez que está na contramão das práticas instituídas e ancoradas na ordem predominante. Apesar das políticas de RD terem se tornado uma diretriz do Ministério da Saúde, o estigma social sobre o usuário de drogas persiste e faz da cultura da internação, um discurso bastante enraizado e pregnante. Além dos ataques sofridos pelas políticas de RD nos últimos anos com o incentivo fiscal para as comunidades terapêuticas, que teve como consequência sua proliferação, há também a luta diária, como já mencionado, que se insere nesse discurso ainda enraizado nos profissionais de saúde. (Bastos;Alberti, 2021), (Lancetti, 2015).

Retomo o caso de Pedro, que apesar de seguir a lógica da redução de danos, há resquícios de uma clínica biomédica na direção dada pelo educador físico. Foi montado um “plano terapêutico” que consistia em acompanhamento no Projeto Quixote pela manhã e à tarde no CAPSi, o objetivo do profissional era descobrir quais atividades era possível o adolescente se vincular. Desse modo, Pedro seguiria o “plano” por dez dias e após este período seria reavaliado, modo de direcionar o tratamento que era comum ao CAPS álcool e drogas.

O pedido de passar com o psiquiatra foi prontamente atendido. A medicação não fazia parte do meu raciocínio clínico então poucos foram os casos que encaminhei ao psiquiatra no primeiro acolhimento. Pedro pediu remédio para “fissura”: “tá difícil. Tô usando todo o dia o crack, hoje não usei, mas tô doido para usar” (*sic*). E referiu dificuldade para dormir: “fico

virando de um lado para o outro” (*sic*), assim foi medicado a partir de suas queixas. Entretanto, era preciso levar em conta que Pedro virava à noite usando crack e dormia na rua, então, como não ter dificuldade para dormir?

É interessante o que foi feito em torno da medicação pela equipe, devido à dificuldade em encontrar os remédios prescritos, a enfermeira Carolina o acompanhava em diversas farmácias do Centro procurando os medicamentos, estreitando, assim, a relação entre eles. A técnica também decidiu que a medicação seria assistida: ele a tomaria no CAPS para garantir que fosse administrado da forma correta, o receio era que devido à dinâmica da rua, Pedro não conseguisse se organizar para tal. Então, os comprimidos eram dispensados diariamente e as sextas-feiras, a medicação era dada a ele na quantidade exata para o final de semana. Eu jamais pensaria nesta conduta devido a minha formação, mas foi manejo importante para o estabelecimento de uma relação transferencial com o serviço, que mostra a importância das diferentes especificidades entre os profissionais.

Na construção do PTS, o educador físico combinou que durante o período dos dez dias iniciais também iriam pensar juntos em um “lugar para chamar de lar” (*sic*). Havia um impasse no caso de Pedro, pois sua família morava em um município da Grande São Paulo. De acordo com a regionalização e numa tentativa de garantir seus direitos, ele deveria ser acolhido em um abrigo em seu local de origem para que fosse realizado um trabalho para retorno ao convívio familiar. Entretanto, devido aos vínculos rompidos com os familiares e a estreita relação com o Centro, Pedro queria permanecer em São Paulo.

O educador físico articulou uma reunião de rede para discussão do caso com o Projeto Quixote. Foi construído um PTS compartilhado entre os dois serviços e a principal direção do cuidado era tentar fazê-lo ficar abrigado em São Paulo. A rede estava muito animada e implicada, empenhada em seu cuidado. Pedro não teve dificuldades em cumprir o plano acordado com os dois equipamentos, participava dos grupos e oficinas propostos, cumpria os horários. Quando tudo estava “redondo”, “adequado” o investimento no adolescente era grande.

O modo de Pedro estar nos serviços era menos caótico do que o modo que João se apresentava, por isso, as articulações de rede e as discussões na equipe do CAPS eram mais tranquilas a princípio, embora também se tratasse de um caso grave. A suposta “organização” de Pedro tinha como efeito na equipe e rede um grande investimento e implicação. Muito diferente dos efeitos no caso de João, em que tudo parecia ser feito no caos e na resistência dos profissionais.

Houve algo de singular no início de seu tratamento, Pedro se diferenciou dos outros adolescentes, pois, pôde sustentar o atendimento em regime diário e intensivo, tomar a medicação corretamente mesmo em situação de rua e frequentando a Cracolândia. Como já dito, a maioria dos adolescentes não apresentavam uma continuidade no acompanhamento como Pedro, passavam em acolhimento e depois ficavam meses sem retornar ao serviço. Principalmente aqueles que ficavam na região da Luz, que se “perdiam” no ritmo intenso da Cracolândia. Este momento inaugural fez marcas em todo seu processo, isto é, fez efeitos em todo seu acompanhamento. Uma relação transferencial foi estabelecida, eu como referência, bancava e investia em Pedro, me remetendo sempre a tudo que pôde sustentar neste primeiro momento.

Ao mesmo tempo em que bancava o intensivo no espaço interno do equipamento, algo se operou na relação com a equipe fora do CAPS. Retomando a noção de território:

a noção de território é tomada, no Brasil, para além do campo da Geografia, incluindo nela tudo o que está fora da noção de instituição. (...) a partir desta lógica, o território é aquilo que se circunscreve, por meio de contornos subjetivos, à referência cultural, familiar, mitológica, socioeconômica de cada usuário de saúde mental (Bezzera; Rinaldi, 2009, p. 346).

Algo muito importante se estabeleceu num “extra-muros”, em um momento em que não considerávamos como parte de seu PTS. Os profissionais do CAPS evitavam andar sozinhos à noite devido à violência na região, desse modo, após fecharmos o serviço, caminhávamos juntos até o destino final de cada um. Então todos os dias, fazíamos o mesmo trajeto em direção à Praça da Sé. Por Pedro estar em regime intensivo acompanhava o fechamento do equipamento e passou a fazer o percurso conosco, assim, começou a fazer parte desta rotina. Quando chegávamos à Praça da Sé cada um tomava seu rumo, Pedro seguia seu caminho e nos reencontrávamos o dia seguinte pela manhã no CAPS.

Quase “esquecíamos” que Pedro estava ali, ou melhor, que era “paciente”, claro que havia uma restrição do que era dito pelos profissionais durante as subidas para a Sé. Algumas coisas não eram ditas ali em sua presença, evitávamos falar coisas íntimas de nossa vida. No entanto, uma ou outra conversa cotidiana entre os profissionais “escapava” e Pedro entrava no diálogo, colocando relevância naquelas falas triviais. O que se inscrevia ali era, um momento, em que não havia demandas dos profissionais direcionadas: para falar algo de sua vida, sobre o uso de drogas, parar de usar crack, fissura ou mesmo, uma demanda nossa para ele bancar algo

em seu tratamento adequadamente, Pedro podia ser Pedro. De acordo com Bezerra e Rinaldi (2009, p. 347):

as mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, com a ampliação e reconfiguração da clínica, abriram novas possibilidades de estabelecimento de laços para os usuários de saúde mental e seus familiares. De fato, em contraste com o contexto manicomial anterior, excludente e homogeneizante, é possível perceber que, depois de quinze anos de Reforma, os usuários encontram nos novos dispositivos de tratamento dos serviços de saúde mental uma diversidade de caminhos para a sua reinserção na comunidade. Mas, se levamos em conta o Inconsciente, sabemos que as diversificações cotidianas não garantem que haja uma mudança estrutural nas relações possíveis de um sujeito. É neste sentido que vemos a importância do campo transferencial, pois é nele que as relações se estruturam e podem ser trabalhadas clinicamente.

Era uma conversa sem exigências, esse “extra-muros” e “extra-prontuários” se tornava um “respiro”, sem as amarras da instituição. Fazíamos algo que não estava previsto, que não “podia” e “excedia” o esperado em um tratamento, pois, ultrapassava uma relação médico-paciente tradicional. Um transbordamento da instituição, estávamos despidos de nossa “roupagem” profissional, falávamos de coisas da vida, “triviais”, conversas cotidianas. A terapeuta ocupacional Rita, contava de seu fusca azul que, de vez em quando, dava problemas mecânicos, trazendo transtornos em seu dia a dia. Pedro fez uma rima e repetia diariamente: “Lete que tem um fusquete, mora numa quitinete”.

Assim, as subidas para a Sé foram momento do estabelecimento de uma relação importante com mais três profissionais, além de mim, que já era sua referência: a terapeuta ocupacional Rita, a psicóloga Gal e a enfermeira Carolina. Como afirmam as pesquisadoras (2009, p. 347) “nem sempre vemos que os Técnicos de Referência são aqueles eleitos pelos usuários dentre os técnicos do serviço como *referência* de tratamento. A designação deste técnico também acaba ocorrendo de forma burocrática e não baseada na relação entre usuários e técnicos”. Apesar de não entendermos aquele momento como parte de seu tratamento, as profissionais tornaram-se suas referências mesmo que não oficialmente instituídas no serviço. Relações que foram primordiais durante todo seu processo e crucial para Pedro bancar o acompanhamento intensivo naquela época. De acordo com Elia (2015, p. 248), os técnicos como representantes de um determinado desejo engendram a transferência, isto é “um lugar transferencial, sem o qual, sujeito não encontraria os trilhos para entrar na cena, e não haveria nenhum tratamento do sujeito e seu sofrimento psíquico”.

Nesse sentido, foi esse momento que parecia um “parêntese” de seu atendimento que determinou todo seu processo, uma vez que marcou o estabelecimento de uma relação

transferencial. Não é possível prever o que fará efeitos a priori, foi num movimento retroativo, que percebi o quanto aquelas caminhadas foram importantes para seu tratamento. Não fazia parte do seu PTS institucional, um acontecimento que os planos terapêuticos não poderiam prever. Hoje percebo que esses “parênteses” fez parte de seu PTS e foi construído com ele, extrapolando os grupos, oficinas e atividades que participava dentro do serviço. É disso que se trata um CAPS e a equipe desespecializada, acredito também que é disso que se trata a “redução de danos”, mais do que não ter como objetivo a abstinência, é a relação estabelecida entre profissionais e usuários que se fundamenta este método, como veremos mais adiante. De acordo com Lancetti (2013, p. 85):

Ela é vital para elaboração de territórios existenciais inéditos, capazes de tolerância, ancorados na construção do comum e é vital também porque nos permite fugir da posição de derrota e de impotência a que nos condenam as campanhas antidrogas e a ideologia da abstinência.

A psicóloga, que fez o primeiro acolhimento de Pedro, levou para ele um trevo de quatro folhas, este ficou muito entusiasmado com o presente. Na realidade, o adolescente estava mudando sua “sorte”, fazendo transformações naquilo que havia trazido como queixa em seu acolhimento inicial.

Pedro começou a viver outras experiências, além da relação que se estabelecia com os profissionais, foi essencial para o adolescente sustentar seu cuidado, a relação com os outros usuários do serviço. Se deslocando, assim, do lugar de “anti-social” presente em seu próprio discurso. O que Pedro mais fez no CAPS foram relações, não se tratava de ficar “abstinente” ou não, o principal ganho do seu processo foi o fato dele poder ter sido adolescente, de maneira “trivial”, cotidiana, diariamente. De acordo com Couto e Delgado (2015, p. 34), é isso que visam o CAPS: “a ampliação dos laços sociais possíveis a cada um dos seus usuários e familiares”, se afastando da ideia de serviços assistenciais especializados.

Como já mencionado no capítulo anterior, Pedro estabeleceu um “triângulo amoroso” com outros adolescentes. Se apaixonou por João, numa relação tensa de amor e ódio e estabeleceu uma amizade muito forte com Juliana. Naquele momento, pôde ser adolescente, falava do que sentia por João: “quando ele está bonzinho, gosto dele de outro modo, não como amigo” (sic). Com Juliana, bebeu vinho escondido numa Copa da Inclusão²⁶, levou uma garrafa

²⁶ Copa da Inclusão: projeto desenvolvido pela ONG Sã Consciência em parceria com o SESC Itaquera. O desafio é promover mudanças nas condições de vida dos usuários de serviços de saúde mental e reflexões sobre formas e possibilidades de reinserção social, além de criar espaços para mudar o cotidiano, comumente, permeado pela inatividade e pela falta de acesso a atividades de lazer. A Copa da Inclusão reúne o torneio de futsal, com times

escondida em sua mochila e se divertiu com a transgressão. Contou a “proeza” para as referências anos depois, se gabando por não termos percebido seu ato proibido. Pedro experimentou outra posição em sua relação com as drogas, de um uso intenso, incessante, escancarado na Cracolândia, que o deixava exposto à violência para um uso bem comum aos adolescentes, escondido, quebrando regras sem se colocar em riscos, rindo dos adultos.

Pedro era muito alegre e ligado ao que estava na “moda”, apresentou a cantora Anitta e o “show das Poderosas” aos profissionais e usuários do CAPS, quando ela ainda estava no anonimato, suas músicas circulavam apenas entre as classes economicamente mais desfavorecidas. Era impossível escutar a música e não nos lembrarmos de Pedro, quando tocava na convivência todos corriam para aprender a coreografia, era momento mais esperado nas festas do CAPS: todos dançando o que foi orquestrado por ele.

Através da música também se aproximou de um oficinairo, que era integrante de uma dupla sertaneja, virou fã e cantava seus dramas com ele: “coisas boas podem demorar pra acontecer, mas quando acontecem são melhores do que a gente poderia prever” (*sic*). Era fã também de Amy Winehouse, cantora que se identificava por ter pontos parecidos em sua história. Pedro era muito inteligente e sagaz, gostava muito de ler e escrever, tinha conversas “intelectuais” com técnicos e usuários, se destacando por seu discurso na convivência. Sobre o futuro, ele dizia “quero ser intelectual (...) ser cabelereiro é pouco para mim” (*sic*), devolvi que ele já era intelectual e por isso havia muitas possibilidades de escolha a ele.

Por fim, Pedro foi adolescente conosco, utilizo as palavras de Siqueira (2013, p. 58) sobre a redução de danos:

nós fomos uma opção além da droga, elas passam a se relacionar com outros mundos. De repente, nós entramos na vida dessas pessoas sem vender drogas, sem usar drogas, sem fazer do uso de drogas, o nosso carro-chefe. Nós somos pessoas com as quais elas se relacionam sem tirá-las do grupo onde estão, da vida em que vivem e não tentamos trazê-las para o nosso meio; a gente simplesmente se relaciona com elas. Acho que essa intimidade gerada pelos nossos princípios, eu digo assim, uma não-priorização na questão da abstinência, ou seja, nosso princípio é não fazer guerra contra as drogas, e isso também não fica explícito em palavras, mas entende-se por que isso está dentro de nós.

Como já mencionado, os efeitos de seu acompanhamento foi promover outra circulação no laço social, Elia (2008, p. 07) aprofunda a discussão:

O laço social de que falamos não coincide com a ideia comum de relação social, entendida como o fenômeno que diz respeito ao modo como as pessoas se relacionam entre si. Laço social, para a psicanálise, é um modo de agenciar relações entre elementos lógicos, discursivos, que não deixam de ter, por serem lógicos e discursivos, os mais concretos e encarnados efeitos na vida dos sujeitos, como o preconceito dicotomista tende a crer, fruto do abstracionismo, que desconhece que o que há de mais real no plano vivencial da experiência do sujeito é efeito de uma lógica de estrutura, e que o discurso é exatamente aquilo de que depende a mais incisiva concretude experimentada na existência.

Pedro pôde estar no laço de um outro modo, isto é, mudou de posição em relação a falta fundante de todo sujeito, o permitindo experimentar um gozo menos aniquilador. Após três meses esperando, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) liberou uma vaga de acolhimento institucional no Centro, na Casa Taiguara, uma casa de passagem feita para os adolescentes aguardarem vaga fixa em outro abrigo. Estava animado e cheio de expectativas com as novas relações feitas no local, em atendimento individual comigo, disse que ainda não havia contado para o pessoal do abrigo que é homossexual, decidiu contar apenas no abrigo fixo que seria transferido. Seguiu falando de sua sexualidade, soube que era homossexual aos nove anos, quando mantinha relação sexual com seu tio de dezesseis anos, ressaltou que não era abuso sexual, pois gostava e consentia o ato.

A vaga para o abrigo fixo demorou a sair e ainda havia uma dúvida se a vaga seria liberada no Centro ou em seu município. Pedro começou a ficar aflito e ansioso sem saber o seu destino, a angústia aparecia no serviço: brigava com os outros usuários, gritava e ameaçava os profissionais. Em meio a sua agitação e nervosismo, começou a dizer que não queria mais ir ao CAPS e passou a faltar no serviço.

Um mês depois não aguentou “não saber”, fugiu do Taiguara e voltou a ficar em situação de rua. Havia uma angústia e ansiedade provocada pelo fato de outros estarem decidindo sua vida e ele ter que ficar à espera, à mercê desses outros. Não sabia para onde iria e, aparentemente, não podia escolher, pois não bastava dizer que queria ficar no Centro. Somado a frustração da relação com Juliana que havia rompido com o CAPS, se afastando de Pedro.

O adolescente se depara com a “falência” da rede, após meses não teve respostas para sua luta por um lugar para ficar. Foram realizados contatos e reuniões com diversos serviços: abrigo que ele havia ficado quando criança em seu município, Vara da Infância, CREAS,

Conselho Tutelar e nada foi decidido. Além disso, a transitoriedade da Casa de Passagem é uma péssima ideia para o funcionamento destes adolescentes que ficam de passagem por diversos lugares. A rede reproduz a repetição da errância desta população, enquanto deveria haver algo que os fixassem. Além disso, tanto nas casas de passagem como nos abrigos, havia exigências que os adolescentes não podiam cumprir e assim perdiam a vaga no espaço que deveria ser uma “casa”, um “lar” como disse o educador físico. Diante de tanta errância e (im)possibilidades, Pedro precisava que UM lugar fosse nomeado a ele e que o adolescente pudesse nomear como seu lar. Ventura e Delgado (2015, p. 28) descrevem a situação:

Para a infância e adolescência, a Reforma Psiquiátrica brasileira não significa a superação do modelo hospitalar psiquiátrico que, a rigor, não foi aplicado a elas. Significa, ao contrário, a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras. Configura-se para a Reforma, portanto, um percurso distinto dos adultos, mesmo que equivalente no que diz respeito à necessária inscrição de princípios e diretrizes potentes para orientar a montagem de redes de atenção baseadas no cuidado em liberdade.

Naquele momento, Pedro começou a trazer suas contradições, queria e não queria sair da rua. Não aceitava voltar ao Taiguara, mas queria um abrigo para ficar e ao mesmo tempo dizia sentir saudades da rua: “a rua dá tudo pra mim e me sinto mais livre” (*sic*). O adolescente era sincero ao falar da rua, diferente da maioria dos adolescentes que traziam falas “prontas” sobre querer sair da rua e ter uma vida “direita” (*sic*). Inúmeras vezes, contava que sentia saudades do samba da Cracolândia.

Na realidade, as contradições de Pedro apontavam para sua verdadeira questão, que excedia a procura por um espaço físico: a busca incessante por um lugar que pudesse dar um nome a ele. Busca por um lugar, por um nome, ou melhor, um nome que desse lugar a ele.

Procurava identificações entres seus pares, após a ruptura brusca da amizade com Juliana, que parecia ter dado a ele um lugar, se aproximou de um grupo de adolescentes que foi apelidado pelos profissionais como “caixa baixa”. Sempre em bando, ficavam na região da República e Anhangabaú, ocupavam o CAPS “causando”: quebravam as coisas, brigavam, dividiam os objetos roubados na rua, faziam uso de thinner, exigiam banho e comida. Pedro se aproximou e tentou entrar no grupo, tentou se adequar ao funcionamento deles, participando das transgressões. No entanto, não se encaixou, se frustrou e acabou retornando para a Cracolândia.

Era o que ele chamava de ser “antissocial”: o fracasso em tentar corresponder ao desejo do outro o tomando como espelho, a busca pelo reconhecimento do outro, o esforço para se enquadrar, pertencer a um grupo e ser aceito. Busca frustrada para qualquer um, mas Pedro insistia nesse impossível, assim seu desejo desaparecia e caía sempre no mesmo lugar.

Por fim, após diversas frustrações, interrompeu seu cuidado no CAPS e retornou para Cracolândia, momento em que começamos uma saga de buscá-lo nas ruas. Quando João e Pedro rompiam com o serviço e retornavam para o uso incessante de crack, realizávamos uma “busca ativa” ou utilizávamos um trabalho mais formalizado que nomeamos de CAPS na rua, que será discutido no próximo capítulo.

Pedro passava dias seguidos na Cracolândia, “virado”, isto é, um outro tempo se estabelecia em que não havia mais noite ou dia, seguia por dias sem dormir fazendo uso de crack até onde o corpo aguentava. Então, quando estava muito debilitado, trocava de território para sair do movimento intenso de uso, o corpo colocava limites e ele rumava para os arredores da Praça da Sé e Largo São Bento, onde a dinâmica era outra. Movimento chamado de “hibernação” ou “inverno”, segundo Rui (2012, p. 275):

Trata-se da alternância entre períodos de consumo intenso com períodos de resguardo. Durante o “turno” do consumo, relatam passar de dois a três dias (alguns dizem cinco dias) consumindo a droga ininterruptamente. Não bebem, não comem e não dormem. Usam o crack até o corpo se exaurir.

Como havia dito, a relação estabelecida com Pedro no início do tratamento teve efeitos em seu processo. Diante da repetição do adolescente, Gal, Rita, Carolina e eu começamos um movimento incessante de buscá-lo pelas ruas. Fazíamos o que é chamado de “busca ativa”:

Busca ativa também passou a ser entendida como um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território. Trabalhar na lógica da busca ativa é uma das expectativas que se tem sobre a prática dos trabalhadores no território e é bastante mencionada na legislação e nos textos técnicos de saúde, além de ser considerada uma atribuição de todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (Lemke; Silva, 2010, p. 285).

Trata-se de um procedimento que inverte a demanda do cuidado, como mencionado pelos pesquisadores, por sermos representantes do Estado e responsáveis pelo acesso à saúde da população. Os profissionais ofertam o atendimento aos usuários, ao invés, deste ir ao serviço

de saúde e enunciar um pedido de ajuda. O instrumental é utilizado em diversos contextos: quando o sujeito interrompe o tratamento, em situações de crise, quando há um caso grave no território que não chegou ao serviço de saúde, etc. É realizada através de diferentes estratégias como contato telefônico, atendimento domiciliar, articulação de rede e a busca pela criança/adolescente pelas ruas, como ocorria com Pedro.

A busca ativa foi novidade para minha clínica e, também, motivo para questionamentos, pois acreditava que a inversão da demanda era indício de fracasso ao tratamento. Aos poucos, fui aprendendo, na prática, a potência e necessidade do procedimento. Com Pedro, não sabia que estava realizando uma “busca ativa”, acreditava que o termo servia apenas para os casos de “transtorno mental”. Desse modo, ao buscá-lo na rua não sabia bem o que estava fazendo, passei anos sem saber que aquilo que fazia tinha um nome, até escutar algum profissional nomeando de “busca ativa”. Assim, entendi que o procedimento se adapta ao funcionamento do sujeito e não depende de categorias ou diagnósticos.

Quando Pedro era visto pelos profissionais do CAPS ou de outros serviços da rede, nos organizávamos para ir ao local em que foi avistado para procurá-lo. Tão logo descobrimos os locais que Pedro escolhia para ficar na Praça da Sé e Largo São Bento, então já sabíamos os pontos em que era mais provável encontrá-lo.

Pedro mudou a rotina das quatro referências novamente, nas descidas da Sé, no trajeto que realizávamos para chegar ao serviço procurávamos o adolescente. No retorno para a casa também, nas subidas para Sé, mesmo caminho que ele fazia conosco no começo do seu acompanhamento. Perguntávamos aos comerciantes locais se haviam avistado Pedro naqueles dias e estes nos davam pistas do adolescente. Acompanhando seus passos, conheci o que eu chamava “melhor pão de queijo do mundo”, às vezes, ele dormia em frente a um minimercado, ao entrar e perguntar pelo adolescente, experimentei o pão de queijo e o nomeei assim, fato que foi assunto de muitas conversas com Pedro.

Sempre que o localizávamos era um alívio, festejávamos o encontro e fazíamos a oferta de retornar conosco ao serviço. Certo dia, o oficinairo Gil encontrou Pedro na Praça da Sé quando estava a caminho do CAPS. O técnico o convidou para ir ao equipamento com ele, porém Pedro resistiu, disse que não queria retornar ao serviço, mas depois de um tempo de conversa, aceitou o convite. Eu e Gal fomos buscá-lo, pois segundo o técnico, ele estava debilitado e não tinha condições de ir sozinho ao CAPS. Pedro sorriu quando nos viu e não apresentou qualquer resistência para nos acompanhar. Relatou que tentava ir ao CAPS todos os

dias, mas não conseguia por estar muito fraco. Disse que torcia para ser visto por nós, no horário em que voltávamos para casa, mostrando a repercussão das subidas até a Sé para ele.

Buscar Pedro também era entender seus movimentos e da rua, em um episódio o encontrei no Largo São Bento, no trajeto até o CAPS, me chamou atenção que ele foi pedindo comida em cada esquina e para várias pessoas que cruzavam nosso caminho. Assim, em um pequeno percurso, pude vivenciar o modo que se portava na rua, o jeito que falava com as pessoas, seja com estranhos para pedir comida, seja com seus conhecidos da rua ou dos comércios locais.

Em contrapartida, não o encontrar também produzia efeitos e era preciso lidar com eles. Sentia uma grande frustração, que fazia me interrogar, mais uma vez, se o que estava fazendo era clínico, se havia uma profissional ali. Numa leitura retroativa, hoje entendo que o mais importante desse caso foi exatamente o que eu interrogava na época. Aquilo que não está no prontuário, que excedia os muros e a rigidez da instituição, isto é, acompanhar a transitoriedade de Pedro e as marcas feitas no centro com nossos encontros.

Nas instituições, a direção de tratamento de um paciente pode ter efeitos que não são conformes aos ideais da instituição. De fato, muitas instituições são geridas pelo discurso do mestre, com seus aspectos segregativos ou universalizantes (especialização por sintoma ou por faixa etária, tentativas de padronização do tratamento etc.). (...) Nesses casos o praticante deverá sustentar a lógica do caso junto a seus colegas para assegurar as condições de eficácia de seu ato. Será preciso valorizar o caso, um por um, fazer-se responsável por ele, opondo-se com frequência, aos preconceitos do lugar em que trabalha. (Guéguen, 2007, p. 19).

Buscar Pedro na rua era um ato que só pode ser averiguado a posteriori, pela maneira como o desejo das referências foi engajado na operação. Passar por aquelas ruas do Centro não era mais trivial, havia memórias, lembranças, efeitos, afetos. Os pontos em que Pedro ficava foi fazendo marcas, não se tratava mais de uma loja, uma padaria, uma banca de jornal, mas sim uma possibilidade de encontrar Pedro. Apontando o lugar que o adolescente ocupava para as referências e para o serviço. Dessa forma, efeitos foram provocados em mim, os lugares que Pedro habitava produziram marcas, até hoje é impossível passar pelo Largo São Bento e não se lembrar do adolescente. Sentia na pele o que aponta Elia (2015, p. 253-254):

Território, nesse sentido, é mais do que o conjunto intersectorial de equipamentos com os quais o CAPS interage ininterruptamente (...). Território inclui as instâncias informais que compõem o universo social do sujeito e também as “não instâncias”, ou seja, elementos que não chegam a existir como instâncias, mas que assumem uma importância fundamental para o sujeito.

Nesse sentido, o que sustentava o dispositivo utilizado, isto é, a busca ativa era a relação transferencial comigo, Gal, Rita e Carolina. Para além dos procedimentos, já havia algo configurado entre Pedro e o CAPS que conduziu seu atendimento na rua. Eu não sabia, mas o que estava fazendo naquele momento além de “busca ativa” era chamado de “redução de danos”.

É por isso que a posição ética de afirmação da vida e a corrente micropolítica provocada pelas experiências de redução de danos abrem o sulco de uma nova clínica. Se a Redução de Danos pode transformar-se numa clínica, é porque pode transformar-se num desvio que consiste em criar uma experimentação da vida ali onde o empreendimento é mortífero. (Lancetti, 2013, p. 82).

O CAPS na rua, a busca ativa, a redução de danos, nada mais é do que o estabelecimento de uma relação transferencial que rompe com os rótulos “dependência química”, “situação de rua” e se faz numa relação no um a um, no corpo a corpo. A política de redução de danos tinha nome para Pedro: Fernanda, Gal, Rita e Carolina.

Os mesmos preceitos que seguíamos no CAPS nos direcionavam no trabalho na rua, não se tratava de uma intervenção “fora do CAPS”, não há uma dicotomia “dentro” e “fora” quando se trata de clínica, como nos aponta Endo (2017, p. 107):

No pensamento clínico, o lado de fora e o lado de dentro do CAPS são, ambos, espaços de inclusão. Na prática clínica, o fora e o dentro comunicam-se, para a inquietude das medidas cerceadoras institucionais, não há como impedir o intercâmbio da loucura evanescente. Decorre daí que o tratamento não se dá apenas no intramuros, ou para além dos muros, como quer o discurso da reforma psiquiátrica, mas a partir de fronteiras, de membranas intersticiais em que múltiplas vulnerabilidades habitam.

O tratamento de Pedro se dava neste lugar denominado pela autora como “fronteiras”, espaço intersticial.

O espaço intersticial sustenta e trata aquilo que não pode ainda se oficializar na estrutura institucional, aquilo que não pode ainda fazer-se reconhecer. Aquilo que não pode ainda encontrar forma grupal ou individual aceitável, mas que deve ser protegido para não ser destruído ou enquistado, passa a ser suficientemente expresso no espaço intersticial até poder adentrar a estrutura oficial. (Lamanno; Adamo, 2013, p. 94).

Apesar de não oficializado na instituição, a instituição operava ali nos encontros de Pedro na rua, em um espaço quase clandestino. Assim como não há um dentro e fora da clínica, não há um dentro e fora do clínico. Endo (2017) traz a figura topológica da “Banda de Moebius” para ilustrar que não há um “dentro” e “fora” na clínica, mas um contínuo, sem bordas. Elia (2015, p. 253) sustenta a mesma hipótese e afirma que a equipe de CAPS tem uma dimensão “transunitária” e “territorial”:

Ela não cabe em si mesma, ela deve manter em relação à sua configuração concreta (seus integrantes, o serviço – CAPS – que ela integra) a dimensão de uma permanência transcendência. Sua topologia não é a do círculo fechado, mas a da banda de Moebius, que em seu todo faz continuar o fora no dentro e o dentro no fora, embora, pontualmente, demarque um interior e um exterior, condição para que haja continuidade fora, deste ponto preciso, pois se dentro e fora coincidissem não haveria nenhuma distinção, nem equipe, nem continuidade. Por dimensão transunitária, portanto, não queremos dizer apenas que a equipe não é uma, não é Uma, não se identifica consigo mesma, mas também que ela ultrapassa a si mesma como *uma unidade de saúde mental*.

Nesse sentido, não havia um estar dentro ou fora da clínica de linguagem, como eu sentia ao estar nas ruas com Pedro. Ficava indagada e acreditava não estar fazendo algo clínico, pois o setting não era aquele que estava acostumada e porque invertia a demanda ao percorrer o Centro para oferecer cuidado ao adolescente. No entanto, as decisões tomadas por mim eram em nome do sujeito, os conceitos e configuração desta clínica operavam em mim mesmo quando decidia “inverter a demanda” e correr atrás do desejo de Pedro. Como discutido no capítulo anterior, havia uma escuta constituída através dos pilares e conceitos da clínica de linguagem que marcava meu corpo nas subidas e descidas da Sé.

Entretanto, para a clínica de linguagem poder operar se faz necessária a política de Redução de Danos como diretriz. Bastos e Alberti (2018, p. 217) fazem uma interlocução da Psicanálise com a RD, a meu ver exemplar, pois estabelece particularidades e articulações. Acredito que o mesmo raciocínio pode ser feito para a clínica de linguagem, uma vez que ambas combatem o rechaçamento do sujeito implicado nos modelos que pregam a desintoxicação e abstinência:

Há, sim, particularidades que dizem respeito ao tratamento analítico – e talvez essa seja justamente sua força de resistência – que não se confundem com a RD. A psicanálise é subversiva na medida em que descentraliza o eu, privilegia a determinação inconsciente, reconhece o campo do gozo e visa um tratamento pela retomada do caminho do desejo. Mas à sua maneira, a redução de danos também é subversiva, pois questiona, aos moldes da reforma psiquiátrica, a dominação dos corpos pelo discurso moral/biológico. Também

inverte a noção de dano associado às drogas, na medida em que assume que nem todo uso é prejudicial. A RD faz parte de toda uma estratégia de saúde pública e é nesse contexto que ela toma força, no que se articula com o conceito de clínica ampliada, que também tem em sua especificidade sua possibilidade de resistência.

A RD parte do princípio que é preciso escutar o outro e sustentar que não se sabe sobre ele a priori, não se trata da clínica das especialidades. Dessa forma, abre a possibilidade para a psicanálise operar, a partir de uma ética a favor do sujeito.

ela possibilitou um verdadeiro questionamento do unilateral *tratamento* que impunha a abstinência para todos e, conseqüentemente, em termos de tratamento, a internação. Insistiu na necessidade de descriminalizar o uso de drogas na medida em que isso gera estigma aos usuários de drogas ilícitas. Abriu caminho, sobretudo, para que uma clínica pudesse avaliar, na singularidade de cada caso, de que maneira o sujeito utiliza a droga, dela goza, de que modo, para alguns, a abstinência talvez não seja a melhor solução terapêutica (Bastos;Alberti, 2018, p. 219):

Sendo assim, é uma política pública que abre caminhos para a especificidade da clínica de linguagem, uma vez que o compromisso é com o sujeito. Como afirma Elia (2015):

É preciso manter a atenção psicossocial em sua especificidade, que se especifica por não ser afeita a nenhuma especialidade: todos os profissionais, todos os atores, todos os agentes podem e devem intervir na ação e cuidado, na ação clínica que é política ao mesmo tempo, pois sempre visa a posição do sujeito em relação ao corpo social concreto, ao laço social, à cidade e à cidadania.

A RD traz a possibilidade de um outro discurso das drogas que pode ser sustentando pela ética da clínica de linguagem:

Por ser uma política pública, a RD, para muitos usuários de drogas, trabalhadores da saúde, da assistência social, gestores e até trabalhadores da segurança pública, tem funcionado como uma bússola que, para além de ser apenas um conjunto de práticas que fazem frente ao proibicionismo e à abstinência, vem se tornando uma perspectiva que se atualiza nas formas de pensar, falar, sentir e agir em relação às drogas. (Oliveira, 2021, p. 143).

Desse modo, pude compor como clínica de linguagem a criação do “CAPS na rua”, dispositivo oficializado na instituição, que seguia os preceitos da Redução de Danos, clínica da atenção psicossocial e agora, posso afirmar que também da clínica de linguagem.

05 ESQUINA PARANÓIA DELIRANTE: O CAPS NA RUA

*Amar
O rádio de pilha, o fogão-jacaré,
a marmita, o domingo no bar
Onde tantos iguais se reúnem
contando mentiras pra poder suportar
Ai, são pais de santo,
paus-de-arara, são assistas
São flagelados, são pingentes, balconistas
Palhaços, marcianos, canibais, lírios, pirados
Dançando dormindo de olhos abertos
à sombra da alegoria
Dos faraós embalsamados
(João Bosco e Aldir Blanc)*

O centro de São Paulo é caracterizado pela grande quantidade de pessoas em situação de rua e, como já mencionado, o serviço de saúde deve funcionar de acordo com a lógica e demanda do território. Nesse sentido, visando à garantia de direitos e o acesso à saúde das crianças e adolescentes, construímos o CAPS na rua. Sob a ótica da redução de danos, o objetivo do dispositivo é configurar um espaço de escuta e cuidado para o sofrimento do sujeito na cena de uso. De acordo com o Projeto CAPS na Rua (2010), escrito pela equipe:

O trabalho na rua tem como objetivo configurar um espaço de atendimento *in loco* para crianças e adolescentes inseridos no funcionamento dinâmico característico da vivência na rua. (...) [Trata-se da] realização de experimentações estético-lúdicas, que possibilitem marcas de subjetivação em cada criança acolhida pela equipe do CAPS II Sé. As atividades serão orientadas como uma política e ética de cuidado em território, em que as práticas para lidar com o sofrimento humano dessa população, sejam de produção de outros modos de viver, na perspectiva da redução de danos para a ampliação da vida.

Um acompanhamento que extrapola os muros do serviço e que sofre metamorfoses de acordo com o funcionamento de cada sujeito e território. Trata-se do mesmo cuidado oferecido no CAPS, a partir das diretrizes do SUS, portanto, utilizávamos os mesmos procedimentos: acolhimento, ações de articulação de rede, práticas expressivas e comunicativas, atendimento familiar, individual, etc.

Há uma inversão da demanda, o sujeito não comparece ao equipamento para pedir ajuda, nós que íamos até ele, na rua, com uma oferta de escuta. Os acolhimentos podem proporcionar (ou não) o estabelecimento de uma relação transferencial, e assim, aos poucos, os encontros se

transformam em um pedido de ajuda dirigido ao clínico. Não se trata de atender as demandas urgentes: banho, alimentação, cuidados clínicos, etc, (embora também estejam no escopo do trabalho), mas sim dos efeitos do instante clínico. Muitas vezes atendíamos aos pedidos do usuário e o levávamos a algum serviço de saúde ou da assistência social, entretanto, o trabalho não se encerrava com as demandas do usuário, ao contrário, estava apenas começando.

O trabalho na rua não pode ser confundido e reduzido a “sensibilizar” o usuário para frequentar o espaço físico do equipamento, fato que ocorre com frequência e carrega um ranço do modelo biomédico. Quando a internação é a única possibilidade de tratamento, a abordagem na rua tem como objetivo o encaminhamento para hospitais ou comunidades terapêuticas. Tal equívoco também supõe que existe um dentro e fora do CAPS, na realidade, trata-se de uma extensão do serviço, o foco é o atendimento clínico realizado na rua, isto é, o intuito é levar o equipamento para o usuário na rua e não o contrário. Como consequência das relações estabelecidas na rua, muitas vezes, o usuário acaba por passar em acolhimento e ser atendido também no espaço físico do serviço.

No centro de São Paulo, cada microterritório tem um modo diferente de funcionar, caracterizado pelas substâncias psicoativas predominantemente utilizadas e comercializadas em cada região, que carrega também a história de cada bairro. Naquele período, nos meados da Avenida Nove de Julho, Praça da República e Sé era frequente o uso de inalantes e maconha, o uso de crack era proibido no Vale do Anhangabaú. Na região da Luz, nomeada como “Cracolândia”, obviamente a substância utilizada era o crack.

Dessa forma, o território foi dividido em quatro “mini-equipe” de referência para cada ponto de atuação: Sé, República, Nove de Julho e Luz. A escolha das crianças/adolescentes por determinado território não era aleatória, mas sim muito particular, tinha relação com a história e funcionamento do sujeito. Na Nove de Julho, República e Sé, eles andavam em bando, dormiam em “mocós”, faziam uso juntos, roubavam, pediam e juntavam dinheiro de modo coletivo, na maioria das vezes, orquestrados por “pais de rua”. A abordagem era mais tranquila, era possível fazer oficinas mais organizadas e combinados regulares como marcar data e horário para novos encontros. A dinâmica na Cracolândia era outra e será aprofundada mais adiante.

Diante desse contexto, o modo de intervenção era diferente em cada território: a entrada da equipe no local, as atividades e o modo de aproximação. Então, foi construída uma abordagem singular de acordo com as características das regiões. Ao mesmo tempo, era preciso não perder de vista a singularidade de cada usuário, cada abordagem era construída para cada

criança/adolescente que não era determinado pelo uso da substância, mas sim a partir do encontro com cada um. De acordo com Bastos (2009, p. 15):

se por um lado a cultura é de consumo, por outro, os sujeitos que consomem drogas o fazem de forma singular. O fato de ter uma cultura consumista não faz daqueles que consomem seres iguais para além do fato de serem consumidores. A função da psicanálise na clínica com as toxicomanias é, portanto, e acima de tudo, apontar que cada um deles é um sujeito na sua singularidade e não há um mesmo consumidor. Cada sujeito se insere e é inserido na cultura de forma única.

Naquele momento entendi que a “convivência” está para além das salas de terapia e para além dos muros da unidade de saúde, como já discutido, não havia um dentro e fora do equipamento, como explicitado no nome “CAPS **na rua**”. O corpo dos profissionais e sua escuta constituída por teorizações específicas, a discussão do trabalho em reunião de equipe e o projeto terapêutico institucional do serviço configuravam e garantiam a especificidade da intervenção.

Há que se considerar que a mudança de setting pede manejos outros, isto é, o trabalho também tem a sua especificidade. Mais do que dentro do espaço físico do CAPS, na rua não há qualquer possibilidade de antecipação, sem paredes nenhuma, temos que lidar com a imprevisibilidade do território, clima, pedestres, carros, acidentes, etc. Pode-se dizer que estamos mais “desnudos” ainda e o saber da especialidade se torna ainda mais insuficiente, pois pouco pode nos orientar diante dos imprevistos da rua. A chuva pode mudar todos os nossos planos, assim como manifestações, o trânsito ou até mesmo o fato de uma pessoa não estar no lugar combinado, nos desviava da rota.

Eu fazia parte da mini-equipe Luz, que tinha a Cracolândia como principal ponto de atenção, onde as crianças e adolescentes eram solitárias apesar da multidão. Tratava-se do conhecido aglomerado de pessoas no quarteirão em torno da esquina entre a Rua Dino Bueno e Rua Helvétia, também conhecido como “quadrilátero”, que contrastava com a Sala São Paulo ao fundo. A Luz era um território mais tenso, intenso e movimentado, o uso e venda de crack compunha um ritmo aparentemente caótico. O tempo era outro, tudo era mais rápido, diversas cenas aconteciam ao mesmo tempo, parecia não haver pausas, um ritmo alucinante, uma “esquina paranóia delirante”. O que tornava a abordagem muito mais difícil do que os outros territórios, exigia mais calma e paciência dos profissionais e uma delicadeza para entrar naquela esquina.

A mini-equipe Luz era constituída por oito profissionais de diferentes categorias, a princípio, a frequência era semanal, quatro profissionais iam a campo a cada semana. Havia um revezamento entre os técnicos, apenas as duas oficineiras eram fixas. Ao longo do trabalho essa composição mudou diversas vezes, rapidamente, entendemos que devido a densidade do território precisávamos de mais corpo. Assim, a mini-equipe inteira passou a ir semanalmente para a rua, garantindo também a continuidade do trabalho, que na composição anterior ficava recortado, já que cada dupla estava no território apenas uma vez por mês.

Historicamente o bairro da Luz sempre foi marcado por certa “intensidade” em sua dinâmica, por explicitar a desigualdade social e assim se tornar um “campo de disputas”. No século XIX, o bairro foi cenário da primeira expansão do Centro devido a estação da Luz. Pois, fazia parte da primeira ferrovia que ligava os cafezais do interior do Estado ao Porto de Santos, marco econômico de São Paulo na época. A implantação do transporte ferroviário provocou mudanças no bairro, uma vez que era porta de entrada da imigração e modernização, desse modo, foi ficando “valorizado”, recebeu investimentos municipais e se tornou ponto de encontro da elite (Rui, 2012, p. 193).

Em meados no século XX, devido aos problemas de transbordamento dos rios Tamandateí e Tietê, o declínio das ferrovias e a valorização do transporte rodoviário, as grandes empresas se deslocaram para outras regiões, como a Avenida Paulista, levando as elites e iniciando um processo de desvalorização do bairro. Nos anos 50 passou a ser conhecida vulgarmente como “boca do lixo” em referência aos personagens do dito “submundo” que habitavam ali, começou a ser considerada uma região “decadente”, em contraponto com os equipamentos culturais construídos na época de “luxo”,

Esse histórico, consequência de uma série contínua de abandono, possibilitou que muitos dos hotéis e pensões que hospedavam viajantes e prostitutas passassem a receber também *dependentes químicos*, que ali encontraram privacidade para o consumo de drogas. (...) sempre que se tentou ‘recuperar’ a área a perspectiva era de uma “solução urbanística”. (Rui, 2013, p. 294).

O bairro é alvo da especulação imobiliária, desde a década 70 foram criados projetos de revitalização da Luz, abandonados e retomados inúmeras vezes ao longo dos anos. No período em que atuei na Cracolândia, estava em processo de implantação o projeto “Nova Luz” encabeçado pela Prefeitura de São Paulo e o Consórcio Nova Luz²⁷. A revitalização pretendia

²⁷ Consórcio de empresas que prevê a “concessão urbanística”, isto é, “um instrumento de política urbana no qual o poder público concede uma área da cidade para um agente privado (empresa ou consórcio) por um prazo preestabelecido. O vencedor do processo licitatório deverá executar um conjunto de melhorias urbanas

banir do território todos os “indesejáveis” e trazer investimentos da iniciativa privada, principalmente do setor imobiliário, favorecendo apenas os setores mais ricos da sociedade. O nome de tal processo é “gentrificação”, termo que tem origem na palavra inglesa “gentry” (nobreza, elite), trata-se da intervenção em espaços urbanos para provocar uma valorização imobiliária com retirada de moradores que pertencem às classes sociais menos favorecidas. Isto é, a substituição da população mais pobre pela de alta renda em determinadas regiões da cidade. O intuito é mudar a composição social do local, gerando segregação e controle da diversidade (Rui, 2012, p. 201) (Coletivo Política do Impossível, 2008, p. 24).

Concordo com Rui (2012, p. 190) quando diz que a “Cracolândia está longe de ser um mero logradouro físico”, ela é parte de um território em litígio, há fronteiras que separam e ao mesmo tempo une visões antagônicas. A história ainda faz marcas, ao caminhar pela região é possível ser vista variadas situações, cenários e personagens urbanos: “prostitutas, população em situação de rua, compradores das lojas, apreciadores das exposições, turistas, moradores da ocupação” (Rui, 2012, p. 194). O contraste entre a Cracolândia e a Sala São Paulo e Pinacoteca marca ainda mais a marginalização de parte da região.

Se já há um estigma em relação à população em situação de rua e usuários de drogas, o caso se agrava quando se trata da Cracolândia, pois há uma repulsa ainda maior da sociedade. No período que adentramos aquele território, o local estava na “moda”, os holofotes estavam todos voltados para lá, a imprensa rondava a região e diariamente havia matérias nos jornais e programas de TV. O crack era nomeado como uma “epidemia” e tomado pela mídia como um dos maiores problema da cidade, instaurando o horror sobre o tema para o senso comum, reforçando ainda mais o estigma sobre os usuários. Lancetti (2015, p. 81) descreve a situação:

A Cracolândia paulistana, junto com a invisibilidade das pessoas e suas vidas e histórias criou uma hipervisibilidade. Uma espécie de Reality Show. Há uma hiperabundância de holofotes e câmeras. E há também tensão constante, tensão entre traficantes, usuários, polícia, projetos antagônicos, mídias.

Rui (2012, p. 06-07) descreve como os corpos dos usuários da Cracolândia eram definidos por reportagens da época:

ênfata-se tanto a descrição de traços e posturas corporais (I *era* modelo, tinha “gestos nervosos”, o rosto cinza-escovado e feridas purulentas espalhadas

previamente estabelecidas e será remunerado através da exploração comercial da área concedida pelo período em que durar a concessão”. Disponível em: <https://aun.webhostusp.sti.usp.br/index.php/2021/01/05/apesar-de-quatro-planos-de-intervencao-urbana-luz-nao-mudou/>. Acesso em: 06 out. 2023.

pelas pernas e pés; a agente bancária que falava japonês *era* elegante) quanto os atos “incomuns” que realizam (perder o emprego; prostituir-se em hotéis imundos e “*até debaixo de árvores*”, cobrar cinco reais pelo programa sexual; pagar um real pela tragada em um cachimbo já preparado; defecar na frente de todo mundo e deixar fezes humanas espalhadas pela calçada; fazer sexo em qualquer lugar; atacar os reclamantes de forma repulsiva: escarrando, abrindo suas feridas e vomitando em cima destes; fumando em tom desafiador debaixo de um chuveiro criado para afastá-los). Transformações e atos que os fazem, nessa visão, perder “*todos os traços de humanidade*”, tornar-se “*a doença em pessoa*” (grifos da autora)

Os usuários eram descritos a partir de “aspectos corporais depreciados bem como para posturas sociais e morais supostamente condenáveis”, a autora (2012, p. 07) conclui que as percepções morais e patológicas se encontram aí numa relação “estranhamente estreita”. A suposição é que os usuários ficam submetidos aos “poderes devastadores” do crack e assim perdem a noção de higiene, asseio corporal, cuidado com a saúde e estética.

“Corpos abjetos”, segundo definição da pesquisadora, os quais são agrupados sob o rótulo de “nóia” pelo senso comum:

Um *nóia* é [...] uma pessoa que traz em primeiro plano uma imagem degradada, produzida gradualmente a partir da combinação de uso intenso da droga, sujeira, marcas de desgaste e emagrecimento. Ou seja, porções extremas de todos esses “ingredientes” resultam em uma corporalidade repulsiva, a qual se atribui falhas morais. Figura tão deplorável, é mais um atributo do que propriamente uma materialização: um *nóia* é aquilo que não se deve ser, aquilo que o próprio *nóia* não quer ser (...) *nóia*. É como se sua existência fosse tão ilegítima, tão desconsiderada enquanto “vida”, que não consegue nem se materializar (Rui, 2012, p. 280).

O “nóia” está no imaginário do senso comum, e imediatamente, é esta figura que emerge quando se pensa em usuários de drogas, que responde por todo aparato repressivo, assistencial, religioso, midiático e sanitário presentes na Cracolândia, como consequência, “é esse rótulo que impulsiona a gestão que visa tanto recuperação quanto eliminação desses sujeitos” (Rui, 2012, p. 09). Concordo com Lancetti (2015, p. 65) quando diz que não são os corpos que são abjetos, mas sim “abjeta é a sociedade da qual os craqueiros escapam. Abjeta é a prática de acertar nóias, isto é, pessoas que ficam no fluxo com estilingue como contam usuários referindo-se a policiais”.

Além de “nóia” outros significantes são fixados para nomeá-los por aqueles que os olham de fora, sempre relacionados a violência, agressividade, sujeira, perigo, ameaça, drogas, encrenca, vergonha, isto é, ao “submundo”. Mas o nome mais utilizado é “zumbi”, que está articulado com o movimento do território, como veremos mais adiante, e que retira qualquer

humanidade e vida destas pessoas. Acredita-se que o “nóia” sob efeito da substância daria característica ao local, o “ritmo alucinante”, reduzindo os usuários e território a uma suposta falta de controle pela dependência do crack.

Nesse sentido, a visão biomédica sobre as drogas tem sua relevância para o discurso estigmatizante tão enraizado na sociedade e ao proibicionismo como método para acabar com a “epidemia”. Rui (2012, p. 03) traz a definição do crack a partir dessa concepção: “mistura barata de cocaína com bicarbonato de sódio, água e uma série de outras substâncias desconhecidas, cujo aquecimento resulta em pequenos grãos com altos ‘poderes’ de promover dependência”. Trata-se de uma outra forma de administrar a cocaína, fumada ao invés de cheirada ou injetada. A autora (2012, p. 03) explica que a facilidade do uso e a rápida absorção, faz a droga ser vista como capaz de causar um consumo compulsivo e dependência imediata: “a cocaína cheirada leva cerca de dois a três minutos para iniciar a ação e os efeitos duram por volta de trinta a quarenta e cinco minutos, ao passo que na forma fumada a ação tem início depois de oito a dez segundos e os efeitos duram de cinco a dez minutos”.

Concepção defendida pelo Conselho Regional de Medicina e pela Associação Médica Brasileira (2003, p. 96):

A euforia desencadeada reforça e motiva, na maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo, porém quanto mais rápido o início da ação, quanto maior a sua intensidade e quanto menor a sua duração, maior será a chance de o indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência.

Nesse modelo, como já discutido, há uma causalidade direta entre o agente patogênico (droga) e o organismo doente, nomeado como “dependente químico”. Trata-se a questão como uma epidemia, em que o tratamento é a internação, nesse sentido, o procedimento precede a avaliação, uma vez que não há sujeito, a conduta está pré-determinada para qualquer dependente químico.

Lancetti (2015, p. 31) questiona se é possível considerar a disseminação do crack como uma “epidemia”: “é tentador considerar o agente o crack, hospedeiro o usuário e meio ambiente o território onde esse sujeito vive”. O autor (2015, p. 38) enfoca que o problema central é o modo como a noção de epidemia atua e os riscos que acarreta:

Os nóias das cracolândias, maltrapilhos e confundidos com o asfalto e suas extravagâncias, como os muçulmanos dos campos de concentração, ocupam o lugar de sujeito sem voz; sem direito e sem desejo, eles são uma porta para a constituição de campos de exceção. Mas os nóias de nossas cracolândias, diferentemente dos muçulmanos dos campos de concentração, não obedecem. Por isso, esses sujeitos sem subjetividade, que devem ser salvos pela ciência

que estuda o cérebro, logo viram inimigos, como dizia Basaglia a respeito dos pacientes da época da psiquiatria asilar.

As demandas por internação surgem de uma ligação direta entre a violência e o uso de drogas, sem levar em conta o contexto. Em suma, as políticas repressivas instaladas na Cracolândia têm como base a suposição de uma “perda de controle” do próprio corpo alojada pela epidemia, como consequência, há o risco que se perca o controle sobre eles (Rui, 2012, p. 231). O que explica as práticas de controle do Estado em que a circulação do espaço é administrada, aloca-se os nórias em determinado espaço e circunscreve seus trânsitos, como descreve Lancetti (2015, p. 88):

a polícia militar realizava as procissões nas quais os usuários andavam tocados como gado pelas noites da cidade de São Paulo. A estratégia partia do princípio de que essas pessoas estavam doentes neurologicamente e que não tinham mais domínio de si. Só a crueldade e o sofrimento provocariam a demanda de internação. Essas procissões foram suspensas depois de ação impetrada pela Defensoria Pública de São Paulo que teve presença preciosa de defesa dessas pessoas sem direitos.

Três vezes por dia, com o argumento de realizar a limpeza do quarteirão, o caminhão pipa da Prefeitura passava pelo quadrilátero, jogando água nas ruas, obrigando as pessoas a andarem e se deslocarem dali. A Guarda Civil Metropolitana fazia uma ronda contínua, geralmente, montados em cavalos, com a justificativa de “preservar o espaço público e garantir a segurança do local”, nas palavras da inspetora-chefe da GCM da época: era preciso ficar “tocando o boi” (Rui, 2012, p. 200).

A partir da distinção entre usos legítimos e usos indevidos do espaço, é construída a figura do inimigo da ordem pública, que obsta, em princípio e por princípio, o reconhecimento de seus frequentadores como sujeitos de direitos básicos. E é nessa chave que o direito de ir e vir, postulado pelos defensores, como direitos básicos de cidadania, é ressignificado como direito à segurança dos “cidadãos de bem” contra uma ameaça associada a essas pessoas figuradas como “criminosos” ou “inimigos da ordem pública”, cuja presença nos espaços públicos representa uma ameaça que precisa ser, por isso mesmo, combatida pelo seu alijamento das ruas e praças da cidade. (Magalhães, 2017, p. 07).

Desse modo, as “procissões”, resultado de uma política opressiva, eram as verdadeiras responsáveis pelo rótulo “zumbis” dado aos usuários, pois, supunha-se que estivessem andando a esmo. Entretanto, não era disso que se tratava, Rui (2012, p. 199) descreve a cena:

o que está em questão são problemas relativos aos modos de controle da circulação desses usuários. Duas táticas se destacam: 1) a ronda contínua, a pé, de carro ou com cavalos, que faz com que os usuários tenham que ficar o tempo todo circulando, num incansável “jogo de gato e rato” pelos quarteirões próximos; 2) o cerceamento; que consiste em cercar um quarteirão, impulsionando a concentração dos usuários, deixando-os circunscritos a determinada delimitação e, logo, passíveis de terem suas ações monitoradas.

Nesse sentido, a dinâmica da região está longe de ser regida apenas pelos usuários de drogas, cenário descrito muito bem por um guarda civil metropolitano:

sabe qual é a verdade? É que há muitos interesses aqui. Tem um monte de gente que quer os usuários aqui por um tempo para desvalorizar a área. Daí o terreno custa barato. Todo mundo compra por uma mixaria, bota segurança privada. Depois tira esses *nóias* daqui e espera valorizar. Essa é a verdade. (Rui, 2012, p. 202).

O aparente caos não era efeito apenas do crack, mas sim uma soma dos muitos atores que compunham o que chamamos de Cracolândia: saúde, assistência social, agentes e caminhões do serviço “cata-bagulho” da subprefeitura Sé, guarda civil metropolitana, polícia militar, ONG’s, entidades religiosas, jornalistas, cinegrafistas, pesquisadores, etnógrafos, traficantes, artistas, urbanistas, construtoras imobiliárias, investidores internacionais. A existência de tantos atores com interesses diversos contribuem para o ritmo alucinante da região, em que muitas situações acontecem num espaço curto de tempo:

negociações ora hostis, ora amigáveis com os comerciantes locais, grande assédio de instituições, heterogeneidade maior dos usuários e traficantes de crack, (...) tensa convivência com as diversas polícias (civil, militar, guarda metropolitana e, até seguranças privados). São apenas breve parcela de uma série de outros atores sociais que, cada um a seu modo, também assombam, circundam e constituem toda a região. (Rui, 2012, p. 187-189).

“Territorialidade itinerante”, segundo a pesquisadora, uma vez que é constituída por deslocamentos que variam de acordo com a dinâmica das relações. A identificação se dá pelo corpo dos usuários de crack, ainda com a autora, “a Cracolândia é onde eles estão”.

Assim é a “craco” vista por fora, mas vista de dentro é diferente. Fato é que quando estamos lá dentro, o tempo pode ser outro, diferente daquele visto de fora. Há um ritmo frenético sim, mas há também organização, cuidado e acolhimento entre os usuários. De acordo com Rui (2012, p. 188):

Os usuários (...) são insistentes em dizer que se engana quem imagina que a Cracolândia seja um sinônimo de caos. Ali, segundo eles, tudo tem ordem e modo correto de *proceder*: “ninguém ameaça ninguém”, “ninguém rouba”; “ninguém fuma quando passa criança ou mulher grávida”, “se tiver ‘traíração’, tem que pagar”. (...) É comum, por exemplo, quando uma mãe passa com seu filho pelo local (há uma escola infantil nos arredores), ouvir uma série de “*salve de criança passando*”, ou seja, um aviso para que os usuários evitem o uso da droga nesse momento. (destaques da autora)

Para além das regras instituídas pelos usuários, existe uma estrutura que rege seu funcionamento. Ao adentrar o “fluxo”²⁸ fomos percebendo que havia uma organização em meio ao aparente caos. Aos poucos, fomos entendendo do que se tratava “as muitas coisas acontecendo ao mesmo tempo”, por exemplo, os gritos repetidos “olha o bloco, olha o bloco” (sic) servia para anunciar a venda da droga. Conseguíamos identificar e conhecer os traficantes, usuários, os “aviãozinhos”, um usuário-traficante que organizava o espaço há anos, as crianças que moravam nas ocupações ao redor ou eram filhas dos “ciganos”.

O que faz da Cracolândia instigante é que as coisas acontecendo ao mesmo tempo são de diversas naturezas, não apenas traduzidas pela violência como vista de fora, há também outros modos de relação e afeto. Há um “inusitado” característico desse território, como no dia que em meio aos gritos, compra, venda e uso de crack, pessoas andando de um lado para o outro, começou a tocar “Negue” na voz de Maria Bethânia, a lentidão da música deu uma outra trilha sonora a cena. Um usuário havia escolhido a música em um jukebox no bar da esquina, me impondo uma pausa diante do inesperado, me perguntei o quanto aquele lugar ainda podia me surpreender. Cena que desconstruía tudo que a mídia dizia, não eram zumbis, ao contrário, havia um sujeito ali que gostava de Bethânia. Concordo com as palavras de Rui (2012, p. 220):

aquilo que de longe configura uma multidão, e é dado à observação “de longe”, começa a receber nuances. Gradações vão sendo mais percebidas com a contínua estada no local. Os corpos que se concentram pelas ruas passam a ter nomes de pessoas, as pessoas possuem suas histórias e tudo vai ganhando ainda mais complexidade.

A pesquisadora aponta que apesar de haver um agrupamento em torno do consumo e comércio de crack, as pessoas estabeleciam diferentes relações com a substância e, também, diversos eram o uso do espaço da Cracolândia. De acordo com Bastos (2009, p. 12) “uma das possibilidades é o uso da droga para fazer laço social, como acontece com muitos jovens que

²⁸ Fluxo: concentração de usuários na Cracolândia.

são atendidos no serviço. Nesse sentido, a droga pode ser uma forma de ser admitido no grupo”. Rui relata que uma usuária preferia ficar sem fumar, mas queria estar no “fervo com a galera” (sic), onde tinha amigos, assuntos e histórias em comum. A autora (2012, p. 226) descreve a roda de samba que Pedro dizia sentir saudades:

Durante a pesquisa, quando a repressão policial amenizava, era frequente ver a formação de uma roda de pagode. Os usuários se agrupavam numa espécie de círculo (geralmente em pé), dando início a uma cantoria e, logo, a uma confraternização. Rapidamente peças recolhidas da rua se transformavam em chocalhos ou serviam de superfícies para percussão. O que se via eram pessoas dançando, cantando e consumindo crack ao mesmo tempo. Não era incomum tudo isso acontecer ao lado de grandes montes de entulho.

Cena que fez o antropólogo Philippe Bourgois definir a Cracolândia como a “mais sociável e amigável cena de crack” e relacionou ao “caráter sociável do brasileiro” (Rui, 2012, p. 226). Constatação que vai de encontro com a fala de uma moradora da região, Paula Ribas, que fazia parte da “associação AMOALUZ”, que tentava conter o processo de “gentrificação”: “o termo revitalização está errado porque dá vida onde não tem. Meu Deus, mais vida do que a gente tem aqui!” (sic)²⁹. Oliveira. (2012, p. 154) define o que eu sentia com essa vitalidade da Luz:

Esses encontros me ajudaram a produzir outros olhares para o “estar na rua”, deslocando-me de um extremo no qual estar na rua era sinônimo de morte (“rua-morte”) para um lugar no qual a rua também pode ser onde se produz mais vida (“rua-vida”). Nem sempre um lugar ou outro, mas um transitar no entre.

Rui (2012, p. 230) argumenta que a Cracolândia não está separada da dinâmica urbana, pelo contrário, “nesses espaços mais precários e desprezados, que se nota a cidade (e a vida) acontecendo em ‘toda sua inesgotável riqueza de variações’, enfrentamentos e, também, atrocidades”. A pesquisadora relaciona o ritmo urgente da Cracolândia com os movimentos do centro da cidade de São Paulo, coloca que o quadrilátero incorpora e recria a dinâmica da região central. Reforçando a hipótese de que as características da Cracolândia estão muito além do crack e seus usuários.

Fato é que em um trabalho em que o foco está no sujeito e não nas drogas, que sustenta o cuidado feito em liberdade, era preciso ter respeito em adentrar o território. Um das

²⁹ Trecho do documentário “Luz” produzido pelo coletivo “Left Hand Rotation”. Disponível em: <https://vimeo.com/lefthandrotation>. Acesso em: 06 out. 2023.

psicólogas do CAPS dizia que entrar na Cracolândia, era como entrar no mar, era preciso observar antes como estava a maré, a força das ondas e adentrar com muito respeito, cuidado e delicadeza.

Ao adentrar esse mar, diversos eram os efeitos causados nos profissionais. O primeiro efeito em mim foi de “recusa”, as primeiras vezes que andei pela Cracolândia, não vi nenhum cachimbo. Percebi minha “cegueira” durante as reuniões de mini-equipe, em que o objeto entrava no discurso dos profissionais: “o usuário sentou e pegou seu cachimbo...”. E eu me surpreendendo: “cachimbo?” Não digo nada, pois fico envergonhada de não ter notado algo tão constitutivo da região, tomei isso como uma falta, disfarcei minha indagação e segui na reunião. Na semana seguinte, quando retornei a Cracolândia, foquei meu olhar nos cachimbos e, dessa vez, enxerguei vários.

Desse modo, era preciso entrar devagar para não ser afetado pelo ritmo intenso, o trabalho consistia em fazer pausas. O primeiro passo foi caminhar pelas ruas para conhecer o território e para também sermos conhecidos e reconhecidos. De acordo com o projeto CAPS na rua (2010), por se tratar de um local dinâmico, a estratégia era “fazer um primeiro momento de reconhecimento de quantidade de pessoas; presença de adultos e crianças; buscar aproximação com as crianças e adolescentes para sentir se o ambiente está receptivo ou não; ação da força policial, etc.”. A princípio nossa presença era ameaçadora, os usuários não sabiam quem nós éramos e o que estávamos fazendo ali, frequentemente eramos confundidos com a imprensa, que como disse, reforçavam o estigma e tratava o lugar como um circo, um zoológico. Era proibido levar câmeras e tirar fotos no fluxo, algumas vezes, fomos tratados com rispidez pelos usuários que nos acusavam de sermos repórteres e de estarmos portando tais objetos.

Desse modo, o primeiro impasse vivido pela equipe foi a necessidade de termos uma identificação para nos diferenciarmos, marcar a presença do serviço no território e, também, para a proteção da equipe. Rui (2012, p. 88) trata o problema ao discutir o trabalho de redutores de danos da ONG É de lei:

Para realizar o trabalho, usam camisetas e mochilas específicas que identificam os programas. A roupa utilizada para a atividade é tanto um modo de identificação como de distinção e proteção. Em alguma medida, ela diz aos usuários o intuito do programa e, logo, que não se está ali nem como outro usuário nem como alguém que poderia denunciá-los. Em caso de revista policial, idealmente ajuda a distinguir e proteger os redutores de possíveis abusos.

Uma vez identificados, chamamos a atenção da equipe de Estratégia Saúde da Família, que atuava na região há um ano e, portanto, possuíam um lugar já estabelecido no território. Os profissionais pediram nossa ajuda pois haviam recebido como doação um baú cheio de brinquedos e não sabiam como utilizá-los para acessar as crianças e adolescentes. Assim passamos a adentrar o território junto com os agentes comunitários e enfermeiro da equipe, parceria indispensável para nosso trabalho.

A abordagem dessa população era muito mais difícil do que a dos adultos, de acordo com a caracterização do território do Projeto CAPS na rua: “as crianças e adolescentes costumam ficar bastante envolvidas no uso de crack e nas tarefas necessárias para a aquisição da droga, o que as colocam numa situação de extremo risco social e pessoal. Além disso, costumam ficar bastante rodeados por adultos”. Circulávamos pela Cracolândia com os brinquedos nas mãos, sem fazer qualquer demanda aos usuários, apenas para sermos vistos, apostando que o “brincar” pudesse despertar o anseio por uma aproximação. Curioso era que os adultos se aproximavam e as crianças não, como já dito, devido a dinâmica do território, eles estavam “trabalhando” e, portanto, não podiam se desviar da tarefa, era a hora do “corre”.

Parecia haver uma inversão de papéis determinados pela sociedade, as crianças e adolescentes eram adultos ali, assim como não vi o cachimbo, elas pareciam não ver os brinquedos. Já os adultos pareciam virar crianças e se aproximavam para brincar. Mesmo a abordagem com os adolescentes que já conhecíamos era complicada, não podíamos fazer uma intervenção direta com eles, era preciso esperar sermos vistos e aguardar que viessem ao nosso encontro.

Certo dia, ao avistar Pedro não pude conter minha animação e esquecendo as regras do território, gritei seu nome, várias vezes, ele fingiu que não ouviu e saiu em outra direção. Escrevemos um recado e pedimos para um dos traficantes que organizava a “Craco”, que já nos conhecia, entregar a ele. Quando o adolescente retornou ao CAPS, reclamou das tentativas de contato, disse que estava com “pedras” em seu bolso e foi questionado pelos traficantes sobre nós.

A possibilidade de um bom encontro dependia do clima do território, quando estava tenso, a abordagem se tornava mais difícil. Em dias mais amenos, as intervenções podiam acontecer, como ocorrido em outro episódio com Pedro, que ficou tranquilo com a aproximação e conversou com a equipe, ao lado de sua “mãe de rua”, sem maiores problemas.

Além disso, o que está em jogo também é a privacidade dos usuários na hora do uso, por isso não nos aproximávamos neste momento, como reflete Rui (2012, p. 90):

a ida a esses locais supõe uma considerável intervenção em um momento bastante privado daqueles que estão fazendo uso de substâncias. Ao irem até os locais de consumo de drogas, os PRDs adentram numa tênue fronteira traçada entre, de um lado, a promoção de direitos e o acesso aos serviços de saúde e, de outro, a invasão da privacidade pessoal e da liberdade individual de escolher o próprio modo de uso de drogas, bem como o melhor lugar para fazê-lo.

Era o que acontecia com João, não realizei nenhuma intervenção com ele na Cracolândia, poucas vezes o avistei, apenas o vi de relance duas vezes, tão rápido como o movimento da rua, sempre ficava em dúvida se de fato era ele. Acreditávamos que João se escondia quando via os profissionais do CAPS, além de garantir sua privacidade, sentia vergonha de ser visto ali.

Foi preciso um tempo para nos estabelecermos, mas aos poucos fomos deixando marcas no território. A estratégia foi nomeada pela equipe como “intervenção ambulante” que vai de encontro com a definição da “craco” por Rui “territorialidade itinerante”. Descrevemos as estratégias no projeto CAPS na rua:

Atividades que se caracterizam por uma “intervenção ambulante”, onde a equipe circula pelo território em busca das crianças e adolescentes. Na ausência de crianças ou adolescentes abertos para se iniciar um trabalho de aproximação, buscamos realizar intervenções no território que chamem a atenção e despertem a curiosidade dos passantes e criem marcas de uma atuação nessa região que já é marcada pelo abandono. Deste modo, os materiais são pensados de tal forma que possam ser retirados e transportados com facilidade.

Em dias mais tranquilos, conseguíamos nos sentar no chão, numa pracinha bem próxima ao fluxo e realizar atividades. Levávamos cartolinas, caneta, lápis de cor, giz de cera, tinta, cola, etc., em uma intervenção, deixamos um cartaz à vista com as perguntas: “o que você está pensando?” e “onde você gostaria de estar?”. As pessoas se aproximavam e respondiam falando, escrevendo ou desenhando.

Dentro do fluxo escrevíamos e desenhávamos com giz no chão: jogo da amarelinha, outras brincadeiras e desenhos, assim, coloríamos um pouco o cenário. Fazíamos barquinhos de papel e deixávamos nas poças de água. Crianças que moravam nas ocupações dos arredores se sentavam conosco para fazer desenhos com tintas. Alguns usuários notavam, comentavam, pediam giz para fazer algo também, observavam em silêncio, outros pareciam não nos ver.

Trago dois poemas escrito pelo oficinairo Gerson de Paula, para ilustrar o trabalho que realizávamos. No primeiro o autor faz uma dedicatória: “é poema de utopias necessárias para quem ainda acredita, mesmo num mundo tão triste como são as Cracolândias”.

Giz

Quinta-feira Geórgia não quis fumar pedra,
preferiu desenhar uma casa bonita.
Dormia na rua, vivia em queda,
minissaia, peruca, um laço de fita.

Com giz no asfalto rabiscou a estrutura,
Uma sala surgia bonita de ver.
No quarto a cama que um dia foi dura,
desenhou leve pluma que leito ia ser.

Linha côncava e reta espumou a banheira,
Chuveiro quentinho, azulejo marfim.
Minimizou no traçado pra saboneteira,
Fez shampoo, sabonete, perfume jasmim.

De um círculo exato criou sua cozinha,
Passou tanta fome ao amanhecer!
De agora em diante comida quentinha,
De manhã, tarde ou noite podia fazer.

Triângulo alto criou o telhado,
Trovão, tempestade, podia chover.
Janelas abertas em vidro espelhado,
No jardim um traçado fez rosa nascer.

Nos fundos da casa um retângulo vibra,
São batidas na porta, quem podia ser?
Geórgia assustada, maçaneta gira,
A primeira visita irá receber.

Ao abrir logo a porta Geórgia avistou,
Tanta vida e morte em batalha fatal!
Apanhou logo um giz e redesenhou,
A vila das pedras num lindo quintal.
Paula (2010, inédito).

O autor explica o segundo poema “conta um fato que realmente aconteceu conosco. Levamos tintas e papeis lá na ‘Craco’. Estávamos trabalhando com as crianças quando surgiu uma moça (usuária) muito fragilizada. Nos pediu papel, tinta e pincéis. Em seguida sumiu na multidão. Pensamos que ela iria trocar tudo por pedra. O que acontece depois eu escrevo no poema” (e-mail pessoal).

A Devoradora

A lona azul espraizou-se sobre a calçada.
O sol racha o coco dos devoradores de pedras.
Espalhamos nosso tesouro em potes coloridos.
São papéis, panos e planos que aguardam imagens.
Meninhas sorridentes rolam no azul.
lambuzam-se em pinceladas desconexas,
arremedo de paisagem.
A menina morta que devora pedras,
apanha o tesouro com mãos e olhos de cão.
Afasta-se do azul, afasta-se de nós, desaparece entre zumbis.
O tempo finda e as caravanas pastam, tangendo miseráveis.
Fecham-se os baús.
No meio da multidão,
uma pérola brilha ao sol.
É a menina morta trazendo ouro,
diamante em linda paisagem.
Que agora quase viva, sente-se rica.
(Paula, 2010, inédito),

Utilizávamos materiais que pudessem ser “retirados e transportados com facilidade”, como descrito no projeto, devido as mudanças bruscas que ocorriam na dinâmica do local, era preciso estarmos sempre atentos. Conforme descrito por Souza *et al.* (2012, p. 05):

O modo de aproximação também é realizado por meio de atividades lúdicas; lembrar a infância e ‘o que é ser criança ou adolescente’ para aqueles que, talvez, nunca tenham sido, é um desafio. Mas, em meio à *cracolândia*, de repente, alguma criança aceita brincar de bola e se inicia uma pequena partida de futebol. Mesmo assim, tudo é efêmero, pois logo em seguida o futebol tem que parar, porque a bola bateu num cachimbo de *crack* de alguma pessoa. Então, vamos fazer um desenho: espalha-se um papel pardo no chão, se oferece tintas e vamos todos pintar. Mas, então, surge a polícia e com seu carro passa por cima do desenho; estão em busca de algum traficante que está escondido em algum dos ‘buracos’ da *cracolândia*.

Certo dia, estávamos desenhando no chão da esquina mais delirante da “craco”, entre as ruas Dino Bueno x Helvétia, onde o fluxo era mais intenso e por isso mais tenso, quando um carro de polícia entrou correndo pelo quadrilátero. O policial jogou o carro contra nós, quase atropelando um dos oficineiros do CAPS, pulamos e corremos para a calçada. A velocidade alta apontava que não se tratava de uma “ronda” rotineira para “preservar o espaço público e garantir a segurança do local”, modo como tais ações eram justificadas.

Nesse sentido, a movimentação do território nos obrigava a mudar as direções do trabalho, estávamos submetidos a violência que estrutura o espaço, desse modo, o que era imprevisível (e ao mesmo tempo esperado), trazia riscos aos usuários e profissionais. Como nos

aponta Rui (2012, p. 90) “uma vez optando pelo contato direto com essa população, os próprios redutores também passam a estar em uma posição ambígua, ficando igualmente sujeitos aos diversos tipos de violência e vulnerabilidade a que estão expostos esses usuários”. Por isso, o trabalho em equipe era indispensável, era preciso estar sempre atento aos imprevistos, às vezes, ao pisar no território sentíamos um clima tenso e fazíamos uma discussão e na maioria das vezes, optávamos por redefinir a rota ou mudávamos o local da intervenção.

A pesquisadora (2012, p. 91) descreve a situação, a partir de relatos de redutores de danos:

quando você tá em campo tem que olhar pra tudo. Tudo. Tem que ter uma visão global. Não pode ficar muito parado numa coisa só porque muitas coisas podem estar acontecendo ao mesmo tempo. Pode estar tendo uma discussão ali e sair um tiro. Pode estar tendo movimentação estranha por causa da polícia, pode ter movimentação estranha por causa dos traficantes, pode estar tendo movimentação estranha por causa dos próprios usuários. Tem que estar sempre esperto com tudo ao mesmo tempo. E você tem que dar ao mesmo tempo uma atenção praquela pessoa que você tá atendendo ali no momento. Então é por isso que sempre é feito em duas pessoas, em parceria. Porque quando um fala, o outro sempre está atento no que está passando ao redor. Se tem uma coisa estranha, o seu parceiro gentilmente dá um toque, você dá uma cortada ali e diz “ah, a gente vai continuar na semana que vem” e vai pra outro lugar. Então, a gente tem que estar sempre fazendo parceria por causa disso: pra uma pessoa dar atenção total ao usuário, enquanto outra pessoa dá atenção total pro campo.

A discussão e decisão em equipe era dispositivo ininterrupto, às vezes, chegávamos na região já com um objetivo, por exemplo, realizar uma busca ativa. As variáveis era muitas: não encontrar o usuário, a recusa da abordagem, um pedido para ir ao CAPS ou um clima tenso que impedia o trabalho. Assim, quando não era possível realizar o esperado, definíamos juntos a nova direção: procurar o usuário mais uma vez, discutir o caso com outros serviços, dar mais uma volta no quarteirão para tentar uma aproximação, dividir a equipe para levar o usuário ao CAPS ou se retirar do território.

Fato é que o maior obstáculo para o nosso trabalho não era a “agressividade” dos usuários de crack, como se pensa no senso comum, mas sim as intervenções da Guarda Civil Metropolitana e polícia militar, que faziam parte da rotina do trabalho. Naquele momento, estávamos vivendo o ensaio de uma ação que ocorreria meses depois, mais truculenta, incisiva e devastadora, a “operação sufoco”, que será discutida no próximo capítulo.

As ações foram se tornando gradativamente mais violentas, durante uma abordagem em que estávamos na Praça Júlio Prestes, quase na entrada do fluxo, um carro sem distintivo da

polícia subiu em velocidade alta na calçada, quase nos atropelando. Um policial à paisana desceu do carro, entrou no fluxo e deu alguns tiros. Em poucos minutos, fomos cercados pela polícia militar e guarda civil metropolitana através de diversos meios de transporte: camburão, cavalos, helicóptero, viaturas. Nos helicópteros podíamos ver policiais com metralhadoras enormes, ou seja, estavam munidos de vários tipos de armamento também.

Corremos em direção ao metrô, porém tivemos a notícia de que algum usuário havia sido assassinado. Ingenuamente demos a volta no quarteirão e tentamos mais notícias. Não havia o que ser feito por nós nesse momento era preciso também deixar de lado uma certa onipotência e assumir que havíamos chegado no limite da nossa intervenção naquele dia. Fomos embora e colhemos por muito tempo os resultados de tal ação.

O que me instigava (com uma certa raiva) era a constatação de que o mesmo órgão que nos colocava na rua para “cuidar” dos usuários, também dava ordens de extermínio para polícia. A guarda civil metropolitana e a polícia militar entravam agressivamente e não importava quem estava ali: usuários, saúde, assistência social, nenhum corpo estava protegido da violência do Estado.

Tais ações importam porque revelam, nessa esfera do espetacular, que, definitivamente, a “cracolândia” não é um local com ausência de Estado. Ao contrário, ele está ali. Por vezes, em demasia. Com suas mãos direita e esquerda. Reprimindo e ajudando. Punindo e encaminhando. Deixando morrer e fazendo viver. Portanto, a questão menos interessante de ser feita é “por que o Estado não está lá?” Ele está. Não há como refutar isso. Considero mais relevante saber “*como* ele está lá”, o que, acredito, só um olhar mais próximo é capaz de responder. Trata-se, logo, de saber *como*, no dia-a-dia (e não apenas esporadicamente), policiais, serviços de assistência e de saúde, todos com propostas bastante divergentes entre si, mídias, usuários de crack e traficantes interagem nesse espaço (Rui, 2012, p. 198-199).

A política do município e do estado de São Paulo, naquela época, não era a mesma proposta pelos CAPS. De um lado uma intervenção higienista e opressiva, de outro uma política que visa a “ampliação da vida”. Coloco aqui a importância das políticas públicas para nortear nosso trabalho, que era literalmente atropelado pelas ações da prefeitura e governo do Estado. Longe de tentar responder a complexa pergunta de Rui: “como, no dia a dia, os atores com propostas tão divergentes interagem no espaço?”, mas procurando fazer uma reflexão a partir de um recorte pela saúde, era no corpo que sustentávamos a política de redução de danos e uma clínica do sujeito. Mais uma vez, eram os efeitos do encontro com o usuário, as teorizações e as discussões em equipe que fazia corpo ali. Acredito na importância dos princípios do SUS e

Política Nacional da Humanização, além da ética da clínica de linguagem que norteava a especificidade da minha atuação.

As ações repressivas na “craco” explicitam que as leis não garantem que as políticas sejam estabelecidas na prática, mas é um lugar que podemos nos agarrar “in loco” para sustentar o CAPS em nosso corpo e disponibilizar esta outra clínica para os usuários. Um lugar de resistência que se presentifica em nosso discurso, abrindo a possibilidade de fazer circular outros significantes entre aqueles já fixados no território.

Nara, que compunha comigo a mini-equipe Luz, dizia que nosso trabalho consistia em produzir “respiros” em meio à guerra e ao caos, colocando a potência do encontro com o usuário, isto é, o instante clínico. Momento em que algo diferente se configura através da relação estabelecida com os sujeitos, a partir da especificidade da escuta dos profissionais, constituída a partir das diretrizes do SUS. Abrindo espaço para o sujeito fazer “furo” no ritmo alucinante e aparecer em sua singularidade ali.

Como se vê, a especialidade é apagada na rotina da “craco”, ao estar em campo, o que menos me importava é se eu era fonoaudióloga ou não ali. Não me era questão garantir espaço para minha categoria profissional realizando uma oficina de linguagem ou um grupo para determinado perfil específico, por exemplo. Pode-se até dizer que o que fazíamos era uma oficina de linguagem, com a justificativa que havia um trabalho de linguagem sendo realizado. Entretanto, não é disso que se trata, quando se pensa e sustenta o trabalho do fonoaudiólogo por este viés, ainda estamos na lógica das especialidades. Oficina de linguagem é instrumento ainda pautado por esse modelo e a peculiaridade da “craco” não dá espaço para esse raciocínio.

O “despir” fica ainda explícito na Cracolândia, a força do território não me permitia olhar para aquele cenário e pensar a partir de minha especialidade. As perguntas frequentemente dirigidas a mim, como “então você não é mais fono?” ou as afirmações mais contundentes “fonoaudiólogos não pode estar na Cracolândia”, não faziam ecos em mim quando estava “in loco”. Essas questões eram esvaziadas enquanto eu tinha plena convicção de que era fonoaudióloga e estava autorizada a estar ali.

A dinâmica daquelas ruas rompe com qualquer tentativa de pensar em instrumentais pré-determinados apoiados em um saber da categoria, é preciso se deixar afetar pelo território e pelo sujeito. As questões políticas e históricas que trouxe neste capítulo fazem parte do trabalho do fonoaudiólogo na Cracolândia, trata-se da constituição de um profissional pautado pela lógica do “território”, em que as estratégias são definidas a partir daí e do encontro com o sujeito. Não podemos nos sentir menos fonoaudiólogos porque não estamos fazendo um grupo

ou oficina de linguagem, o instrumento que nos cabe é a escuta, como já defendido nos trabalhos das fonoaudiólogas Barbosa *et al.* (2020a; 2020b) e Herrero (2021).

Como descrito no projeto CAPS na rua, nosso trabalho não se reduzia em nenhuma categoria, não se tratava de oficinas de linguagem, grupos para “neuróticos graves”, dependentes químicos ou oficinas de corpo, mas sim de “intervenções”. Outras questões se impunham para mim e aos outros profissionais diariamente. As especificidades dos profissionais apareciam em expressões como “lugar para falar” ou “expressões estético-lúdicas” que foram costuradas em uma só escrita no Projeto CAPS na rua. Não havia espaço para nenhum especialista ali, mas havia espaço para a escuta e o estabelecimento de relações transferenciais. Havia espaço para o samba e futebol, no país do futebol, como uma estratégia de intervenção. Era preciso se aventurar. Foi preciso nos aventurarmos para construir em equipe um trabalho que não estava escrito em nenhuma teoria. Foi preciso ser inventado e reinventado.

Visto que “navegar é preciso, viver não é preciso”³⁰, a “Operação Sufoco” promoveu uma ruptura em nosso trabalho, fazendo-me entender que o trabalho na Cracolândia é uma eterna construção e reconstrução. Trata-se de fazer “furo”, “respiros” nessas forças institucionais que atuam no território. Sobre esses “furos” e “respiros”, apresento Kelly que chegou ao CAPS em meio ao sufoco.

³⁰ Poesia de Fernando Pessoa.

06 KELLY: A OPERAÇÃO SUFOCO

*Ela não anda, ela desfila
Ela é top, capa de revista
Ela é mais mais, ela arrasa no look
Tira foto no espelho pra postar no Facebook
(Mc Bola)*

Depois de dois anos na Cracolândia, percebíamos a constituição do trabalho e de uma rede estabelecida, foi o que propiciou o cuidado de Kelly, iniciado antes mesmo de nosso primeiro encontro. Em uma ação de articulação de rede na Tenda Mauá³¹, procedimento que fazia parte da rotina do CAPS na rua, a assistente social relatou que estava realizando uma intervenção com a adolescente para encaminhá-la para nosso serviço. Ressaltou que todos os dias ela decidia ir, mas depois desistia, em uma breve discussão de caso, contou sua história e a situação em que se encontrava naquele momento.

A assistente social abriu uma fresta da porta das poucas salas que havia no serviço e nos apresentou Kelly, que estava dormindo em um colchão no meio da sala vazia. Conhecemos a adolescente, a partir da articulação de uma rede cuidadosa, assim, já estava sob nosso cuidado mesmo antes de uma apresentação formal, isto é, Kelly ocupava um lugar em nosso discurso e já era esperada pela equipe.

No dia 03 de janeiro de 2012, a prefeitura municipal e o governo do Estado de São Paulo deram início a “operação sufoco” na Cracolândia, também conhecida como “operação dor e sofrimento”. Policiais militares adentraram a região abordando os usuários de forma ostensiva e os arrastando violentamente do local, “espantando-os”³², com o pretexto de incentivar os usuários a procurar tratamento, prender os traficantes, barrar a chegada da droga e não tolerar mais o consumo público de crack.

Concordo com Rui (2012, p. 15) quando afirma que “o nome não poderia ser mais revelador. Com uma breve busca no dicionário, vê-se que os sinônimos para sufocar são: dificultar a respiração, reprimir, causar profunda impressão, impedir de manifestar-se, provocar

³¹ O “Espaço de Convivência Mauá” foi um equipamento da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de São Paulo, destinado a crianças e jovens em situação de rua que circulavam pela região da Luz. Era porta de entrada para os serviços da rede municipal de Assistência Social, contava com uma equipe de educadores e assistentes sociais para atendimento e realização de atividades esportivas e culturais que tinham como objetivo a ressocialização e o regresso ao convívio familiar.

³² De acordo com Endo (2017), o termo foi utilizado em uma reportagem da Folha de São Paulo constatando a aprovação da população sobre a ação. A pesquisadora ressalta a escolha do termo “espantar” os usuários, tal como empregado para se livrar de animais, assombrações e do mal em geral.

mal-estar físico e emocional, matar por asfixia”. Nas palavras do coordenador de Políticas sobre Drogas da Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania da época, Luiz Alberto Chaves de Oliveira, citadas em uma reportagem do jornal *O Estado de S.Paulo*³³:

A falta da droga e a dificuldade de fixação vão fazer com que as pessoas busquem o tratamento. Como é que você consegue levar o usuário a se tratar? Não é pela razão, é pelo sofrimento. Quem busca ajuda não suporta mais aquela situação. A *dor e o sofrimento* fazem a pessoa pedir ajuda.

Foi uma ação das mais truculentas do poder público, que colocava em risco todos os atores que circulavam pela Cracolândia. Principalmente os usuários, alvo da violência do Estado, mas também as equipes de saúde, uma vez que não havia distinção entre corpos quando as ações eram instauradas. De acordo com Lancetti (2015, p. 29-30):

a polícia ocupou militarmente a Cracolândia paulistana, prendeu e coagiu centenas de pessoas a se internarem voluntariamente e, o que foi mais patético, obrigou grandes grupos de pessoas maltrapilhas a andar em procissão e sem rumo pelas obscuras ruas do bairro paulistano da Luz e humilhou os funcionários das equipes de Saúde da Família fazendo-os desfilar pelas ruas, fora de seus territórios de atuação, para mostrar serviço.

O método “dor e sofrimento” descrito pelo coordenador da operação, não tinha base teórica ou empírica e feria os princípios constitucionais. Como aponta Rui (2013, p. 295):

Quanto ao sagrado direito de ir, vir e ficar, as pessoas o perderam quanto ao vir e ao ficar; só podiam ir. Não lhes era possível permanecer nas vias públicas; tinham que circular, ainda que a esmo e sem destino, dando voltas nos quarteirões, em bizarros movimentos que a imprensa denominou procissões.

Feria o direito de “ir e vir” e, também, o direito à vida. Pedro contou que presenciou a ROTA assassinando seu amigo, um adolescente, descreveu o horror da cena: o camburão o atropelou, parou, deu ré e passou novamente por cima dele, em suas palavras: “para ter certeza de que havia matado” (*sic*).

Os equipamentos da Assistência Social e da Saúde não foram consultados, nem avisados sobre a pertinência da ação repressiva contra os usuários. A operação provocou uma desarticulação do nosso cuidado e uma ruptura do CAPS na rua. A população se espalhou pelo

³³ Disponível em: <https://www.estadao.com.br/sao-paulo/governo-quer-acabar-com-cracolandia-pela-estrategia-de-dor-e-sofrimento/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

Centro, dificultando nossa abordagem, tivemos que nos realocar e criar outras estratégias. Rui (2013, p. 295) descreve a situação:

Como consequência dessa desarticulação, o resultado foi a dispersão. Aos poucos os usuários de *crack* foram sendo vistos em ruas da Bela Vista e de Santa Cecília. Consta no texto da ação³⁴ que “os relatos e as imagens evidenciam pessoas cercadas e encurraladas, empurradas e tangidas como gado, num clima de tensão que não se coaduna com um Estado de direito”.

Além da dificuldade de acesso, houve uma quebra de confiança dos usuários com os serviços de saúde, que acreditavam que os dados pessoais presentes nos cadastros e nos relatos privados aos profissionais haviam sido passados à polícia para contribuir com a operação. Segundo Lancetti (2015, p. 88) “essas ações e os encarceramentos de usuários que vendiam para usar, foi minando a relação desses trabalhadores de saúde com seus usuários. Eles desconfiavam que os prontuários de saúde fossem usados para prendê-los”. Raciocínio que fazia sentido pois estávamos todos a mando do mesmo órgão público.

Muitos usuários procuravam desesperadamente os serviços para fugir da violência policial, assim “protegíamos” os adolescentes, violando todos os seus direitos, mas os mantendo vivos. De acordo com Lancetti (2015, p. 88):

Na época foram divulgadas centenas de internações "voluntárias", ou seja, muitos optaram por internar-se em vez de serem presos como traficantes. Foi nobre o papel das equipes de Saúde da Família de rua, mas a atividade da polícia e da Guarda Civil Metropolitana contrariava a ação do cuidado.

Rui (2013, p. 288) aponta que a operação era dependente da cobertura da mídia, diariamente, havia “o anúncio público do “balanço” das operações: número de presos, número de encaminhados para serviços de saúde e assistência, números da apreensão de drogas e objetos “suspeitos”. Pressão que chegava nos serviços, tínhamos que prestar contas e enviar diariamente os números que “pontuávamos” no CAPS com internações e encaminhamentos, era proibido dizer que a criança voltou para a rua. Ainda com a pesquisadora (2013, p. 298):

A operação, ainda, teria ferido ditames constitucionais. Sobretudo no caso de crianças e adolescentes, que devem ter direitos fundamentais priorizados, segundo o artigo 227 da Constituição federal. Diante deles, o Estado teria falhado duas vezes: pela omissão (que permitiu que eles chegassem à

³⁴ A pesquisadora faz referência a Ação Pública do Ministério Público contra o Governo do Estado devido as violações de direitos humanos instauradas pela Operação Sufoco.

“cracolândia”) e pela ação, já que, tal como os adultos, eles foram impelidos a caminhar sem rumo por dias pela cidade.

No entanto, de acordo com os pesquisadores citados, a operação fracassou e não alcançou nenhum dos objetivos alcançados, para Rui (2013, p. 298) “de maneira torpe, teria deslocado enorme contingente de policiais militares, viaturas, cães, cavalos, equipamentos e mesmo helicópteros para não chegar a lugar algum”. A operação apenas violou os direitos humanos e os princípios do Estado democrático de direito.

Kelly chegou ao espaço físico do CAPS, em meio a “operação sufoco” numa tentativa de proteção do caos e violência instaurados na Cracolândia, por isso o pedido por internação veio reforçado. A ação provocou mudanças em nossa rotina, a demanda vinda de tal território havia aumentado, os adolescentes buscavam refúgio e diversos serviços faziam encaminhamentos para internação.

Devido à grande quantidade de usuários no serviço, fiz o primeiro acolhimento da adolescente sozinha. O nome que estava em sua certidão de nascimento e na ficha já preenchida pela profissional do administrativo era “Arnaldo”, que contrastava com seu corpo. Seu nome mesmo era “Kelly”, apesar de estar entre parênteses na ficha de acolhimento. Nome que ela gostava de transformar, de vez em quando, mudava a composição, brincava com as letras e o enfeitava: Kelli, Quelly, Kely. O sobrenome também mudou, retirou aqueles vindos do pai e da mãe e definiu outro: “Millasky”.

A primeira parte do acolhimento foi como esperado: eu perguntei, ela respondeu, me deu respostas prontas e esperadas para uma “dependente química” que necessitava de internação, modo como estava sendo tratada na “craco” naquele momento. Contou que estava há uma semana sem usar crack, pediu “remédio para abstinência e internação para se desintoxicar” (*sic*).

Relatou que estava na rua há cinco anos, começou a usar tabaco aos nove anos, aos dez passou a usar inalantes e álcool, maconha com onze anos, aos doze iniciou o uso de cocaína e aos treze anos, crack, ecstasy e heroína. Saiu de casa aos doze anos para usar drogas, disse que no início era difícil pois “não sabia pedir, tinha vergonha” (*sic*). Contou que “trocou de sexo” (*sic*) aos onze anos, sua família não aceitou, um dos motivos de ter ido para a rua. Não tinha contato com o pai, mas, afirmou que se fizesse tratamento para as drogas, ele iria aceitá-la de volta. Endossou “quero parar de usar drogas” e completou “quero ser livre” (*sic*).

O pai da adolescente (Jaime) trabalhava e morava em um estacionamento no bairro da Luz, a mãe (Eva) era usuária de crack e ficava em situação de rua na Cracolândia. Eva vivia

numa errância, a adolescente viva de sobressalto com os desaparecimentos e aparecimentos da mãe. Sofria ao não saber seu paradeiro e, também, sempre que a encontrava na “craco”. Kelly tinha dez irmãos, quatro moravam com o pai, um deles, Ricardo, usava crack e circulava pela Cracolândia, também foi acompanhado pelo CAPSi.

Apesar dos pedidos cristalizados por remédio e internação, a questão da adolescente foi colocada em seu primeiro acolhimento: quer parar de usar drogas para o pai aceitá-la ou quer ser livre? Impasse que percorreu todo seu processo: o desejo de ser livre e ser Kelly ou corresponder a imagem desejada pelo pai, o Arnaldo.

Num cenário opressor, em meio a falas deslizadas do discurso do outro, há um “respiro” e a adolescente pôde estar comigo ali naquele instante. Após responder algumas perguntas, Kelly pegou uma caneta, puxou a ficha de acolhimento para si e passou a preenchê-la. Nada protocolar, apagou toda tensão que rondava o atendimento, aparecendo aí seu modo de ser: encantadora, apaixonante, engraçada, expansiva, extrovertida, inteligente, sabia se posicionar e nunca passava despercebida. E assim, preencheu sua ficha de acolhimento:

Quem compareceu a entrevista: *Rede Globo e Record.*

Região onde fica: *(riscou Cracolândia, já preenchido pela profissional do administrativo antes do início do acolhimento) e trocou por Tenda Mauá.*

Lazer: *ser livre.*

Vida escolar: *“a escola que levou ela as drogas em segundo ela diz”*

Alguém na família com problema de saúde mental: *pai, irmão e irmã, “eles usam pedras de crack”.*

Os significantes “rede Globo e Record” diziam muito de Kelly, ela “brilhava” aonde chegava, os efeitos de sua presença nos profissionais era o “encantamento”. Tinha um modo teatral de se expressar, usava jargões engraçados e sua fala era montada por cenas inventadas. Assim, era seu modo de se relacionar, numa imagem bem construída que enlaçava o outro, era confortável estar com ela, todos riam se divertiam, as pessoas gostavam de estar perto. Como efeitos de sua presença os profissionais se implicavam em seu cuidado. Por isso, o encaminhamento cuidadoso e afetivo da Tenda Mauá, ao longo do processo várias pessoas e equipamentos se prontificaram a estar em seu cuidado.

Após o acolhimento, em discussão com a equipe, levantamos a hipótese de Kelly permanecer em hospitalidade noturna no CAPS AD Centro. Realizei acolhimento compartilhado com a enfermeira e psiquiatra do AD, tomamos como conduta a internação,

segundo informações do prontuário, por conta de seu “desejo”. No entanto, estávamos longe de chegar perto de seu desejo, sua demanda foi atendida prontamente devido a operação sufoco. Em outro cenário, não teríamos encaminhado Kelly para internação já no primeiro acolhimento, a conduta seria apontar outras possibilidades de tratamento e uma aposta no estabelecimento de vínculo, com explorado nos casos de João e Pedro.

Naquele período, quando o adolescente fazia o pedido por internação, cogitávamos realizar o procedimento. Como disse, além da pressão da SMS, a internação entrava como um lugar de proteção para os adolescentes que corriam muito risco nas ruas do Centro. “Proteção” entre aspas, uma vez que todos os direitos dos adolescentes estavam sendo violados. Aparentemente estávamos sucumbindo a violência do Estado com o aumento do número de internação realizados naquele período. Entretanto, eu acreditava que era possível furar o discurso imperativo que estreitava nossa liberdade de ação. Eu afirmava que ninguém podia atravessar o que eu dizia para o usuário, e, confiava que pela fala era possível proteger um espaço e garantir uma escuta para o sujeito, um espaço protegido para poder dizer.

Naquele período, eu fazia parte do colegiado de gestão e entendi que os atravessamentos políticos são constituintes do trabalho, ainda mais em um serviço que estava no “olho do furacão”. Pude acompanhar de perto as “acrobacias” da supervisora Caetana para proteger usuários, equipe e sustentar o trabalho construído. Os encaminhamentos para internação não era ceder da nossa ética, questão que insistia em mim e em outros trabalhadores, essa não era uma escolha possível de ser feita pelos profissionais de saúde naquele momento. A operação sufoco me mostrou como tais imposições políticas simplesmente caem como um meteoro no nosso dia a dia e sustentar uma ética é poder identificá-los, falar sobre eles para discernir nossos atos, entender o quanto de liberdade nos resta e produzir separações para não cair nas demandas institucionais. Tudo isso tendo como prioridade o sujeito, sendo assim, sustentar uma ética era manter nosso corpo ali, para poder garantir uma escuta no um a um. Apesar de já haver uma conduta pré-determinada para Kelly em que era necessário apenas as informações da primeira parte do acolhimento, houve espaço para ela aparecer em nosso primeiro encontro.

A adolescente foi encaminhada para internação, as condutas com João e Pedro durante a Operação Sufoco foram muito diferentes, uma vez que já estavam no serviço e com uma relação estabelecida com os profissionais. Não levantamos a hipótese de internação para eles devido à pressão da prefeitura, embora, também, fossem sujeitos “alvo” da operação. Naquele período Pedro transitava entre a rua, atendimento intensivo no infantil e hospitalidade noturna no AD. João continuava em seu “quartinho”, frequentando o CAPS todos os dias. Os dois

também foram encaminhados para internação, mas cada processo foi muito diferente do outro, tema discutido na sequência.

07 AS INTERNAÇÕES

7.1. A internação de Pedro

Após um período na rua, Pedro retornava ao CAPS com o estado de saúde grave, decorrente dos dias seguidos usando crack ininterruptamente: muito debilitado, emagrecido, com muita tosse, falta de ar e pneumonia. O cuidado intensivo se tornava insuficiente, não era possível sustentar o atendimento na rua como no início de seu processo, então, utilizávamos outro dispositivo de redução de danos: a hospitalidade noturna no CAPS III álcool e drogas Centro.

Esclareço que quando os adolescentes necessitavam de cuidado mais intensivo para fazer cortes no movimento intenso de uso e com a dinâmica da rua, utilizávamos os leitos do CAPS AD. Dispositivo de atenção à crise e para evitar internações de longa duração, os usuários permaneciam em acolhimento diurno no CAPSi e noturno no AD. Tínhamos uma parceria que disponibilizava dois leitos prioritariamente para adolescentes, a permanência era limitada a 14 dias.

Pedro permanecia nos dois serviços por um período, quando já estava melhor fisicamente, rompia com os equipamentos e com seu PTS e retornava para rua. Entrando num movimento de repetição, numa série: Cracolândia → Sé/São Bento → CAPSi/CAPS AD → Cracolândia. O CAPSi e o CAPS AD funcionavam de modos distintos devido a população atendida, um voltado para a infância e o outro exclusivo de usuários de substâncias psicoativas, predominante na fase adulta. Além disso, o fato de o AD funcionar por 24 horas, demandava uma equipe de enfermagem que realizava cuidados mais específicos, com protocolos muito próximos ao ambiente hospitalar.

A rotina e o raciocínio eram muito diferentes, fato que produzia uma tensão entre os serviços. Os profissionais do CAPS álcool e drogas criticavam nossos manejos e diziam que os adolescentes não apresentavam um bom comportamento no CAPSi, pois não sabíamos dar limites à eles e os tratávamos de modo “maternal”. Desse modo, as discussões de caso com o AD para admissão de Pedro em hospitalidade noturna eram sempre conflituosas.

O fato de Pedro romper os “combinados” e voltar para a rua, era visto como uma “não aderência” ao tratamento, colocava-se em dúvida se ele de fato queria se tratar e parar de usar drogas. Desse modo, quando o buscávamos na rua e o levávamos de volta ao serviço, éramos

alvo de críticas. Devido a influência do discurso biomédico e dos três olhares naturalizados sobre a droga, Bastos (2009, p. 104-105) coloca que é comum nos serviços de saúde:

Quando algo do sujeito se presentifica, fazendo, por exemplo, com que apesar de sua demanda de tratamento, este não consiga “aderir” ao tratamento, aponta para algo que ultrapassa a lógica com a qual a pessoa é levada em conta. Segundo tal lógica, a pessoa necessariamente deve cumprir tudo o que vai lhe fazer bem, ou seja, submeter-se completamente ao tratamento.

Na lógica apontada pela pesquisadora, o corpo é tomado como organismo, trazendo à tona o sujeito da razão que por ter o controle de seus atos, também pode perdê-lo com os efeitos das drogas. Essa concepção de sujeito está na base do termo muito utilizado nos serviços de saúde “não aderir” ao tratamento, espera-se uma “lucidez” do usuário para aceitar um PTS, muitas vezes feito de modo burocrático pela equipe. Oliveira, J. (2021, p. 197) aponta para um pensamento culturalmente enraizado no senso comum quando se há o agravante “estar na rua”:

o acesso de uma pessoa em situação de rua aos serviços públicos de saúde é quase uma concessão, uma caridade, um favor, ou uma ajuda, e não um direito constitucional de um cidadão sendo garantido. Em alguns serviços, trabalhadores de saúde a deixam entrar e ser atendida desde que se comporte da maneira adequada.

Seguindo este raciocínio, seria um absurdo não aceitar a proposta de tratamento que o serviço oferece. Quando o usuário está em situação de rua, o “não aderir” vira sinônimo de “não querer nada da vida” junto os estigmas sobre as drogas: “vagabundo”, “não quer trabalhar”, “não quer mudar de vida”. Assim, enquadrado em um saber universal científico e em um discurso determinante no senso comum, instaura-se uma “tirania do saber”, em que o sujeito fica reduzido a objeto.

Trago uma cena de João, quando estava em hospitalidade noturna para ilustrar a discussão. Em um final de semana, o adolescente começou a “causar” no CAPS AD: “não cumpriu os acordos, entrou na cozinha, bagunçou os lanches, os pegando sem autorização, tirou o cabo da TV e não deixou ninguém assistir ao filme, pegou perfume da paciente e jogou na auxiliar de enfermagem, desceu para rua sem acompanhante e sem autorização, desorganizou outros pacientes, jogou camisinhas do suporte no chão, queria ficar com a TV só para ele, ameaçou os funcionários falando muitos palavrões” (sic)³⁵. A psiquiatra foi chamada para medicá-lo, o adolescente pegou a seringa com a medicação, andou pelo serviço ameaçando as

³⁵ Informações colhidas no prontuário.

peessoas, por fim, jogou a seringa com o medicamento no poço do elevador. Ao final da cena, foi medicado por via oral. Negar tomar a medicação deixava a equipe de enfermagem sem saber o que fazer, uma vez que João não seguia os protocolos previstos. O que fazer quando o usuário não quer tomar a medicação para fissura? O que fazer quando há “falta de implicação com o quadro clínico” como ocorria com Pedro? O que fazer quando o sujeito nos surpreende e não segue os protocolos previstos para o seu tratamento? O que fazer com o imprevisível da clínica?

Em uma conversa informal com uma psicóloga do CAPSi, militante da Saúde Mental, comentávamos como, em geral, os profissionais dos CAPS álcool e drogas apresentavam um discurso mais “moralista” e enrijecido. Divagando, coloquei que o significante “álcool e drogas” parecia fazer efeitos no discurso dos profissionais e no funcionamento do equipamento, completei: “não deveria chamar ‘álcool e drogas’, nem ter a divisão CAPS ‘adulto’ e AD, deveria ser como o ‘infantil’, que não tem rótulos em sua nomenclatura”. A psicóloga avança a discussão: “não deveria existir CAPS álcool e drogas, deveria existir sala de uso”.

A conversa despreziosa com a psicóloga trazia uma discussão densa, que vivíamos em nossa rotina, muitas vezes o CAPS AD aparecia como detentor de um conhecimento absoluto e especialista sobre as drogas e o tratamento de “dependentes químicos”. O problema não é um suposto moralismo de cada profissional, mas sim a nomenclatura “álcool e drogas” que ainda está sob a égide da lógica biomédica, conforme afirma Bastos (2009, p. 104):

Como diz o ditado: “hospital é casa de médico”. Ou seja, o discurso da medicina é o que impera na área da saúde. A própria especialização do serviço, caracterizada a partir de um traço comum aos usuários – no caso, o uso de drogas – segue a lógica do discurso da ciência em que se apoia a medicina. A categoria “usuário de drogas” entra no lugar do sujeito, tal qual um rim ou um fígado, igualmente áreas de especialização médica. Por essa via, o que deve ser tratado é o uso de drogas e não o sujeito.

Por outro viés, a questão foi levantada também por Oliveira (2021, p. 70) em sua rotina num CAPS AD:

Essa experiência apontou para a necessidade de refletir sobre algumas questões. Uma delas é sobre o papel de um serviço ser especializado no cuidado às pessoas que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas; sobre como o “recorte AD”, essa a missão do serviço, razão de existir ou expectativa social e política nele depositada, terminava tomando conta, de alguma forma, da relação que a equipe estabelecia com as pessoas em situação de rua que o acessavam.

Bastos (2009, p. 13) alerta que os rótulos “toxicomania”, “dependência química”, “usuário de drogas”, “viciados” cria um laço identificatório para o sujeito e profissionais, como se a substância utilizada pudesse definir a pessoa. Ainda na lógica das especialidades, um “viciado” precisa de profissionais e serviço especializados em “viciados”. Fica encoberto a sua estrutura do sujeito, e no caso da neurose, muitas vezes o próprio sintoma.

Caso não haja “aderência” é preciso fazer perguntas sobre o sujeito para que o “tratamento” não se torne maior do que ele. Se for preciso, inventar práticas para que o problema não fique do lado do usuário. Na realidade, o problema é tomar a “não aderência” como um problema, que coloca o sujeito para fora do serviço. Enquanto se trata de uma parte do processo, algo esperado a qualquer tratamento que exige manejos do terapeuta.

Quando a clínica se volta para o sujeito, a “adesão” ao tratamento seria algo para o profissional se preocupar e não índice de êxito. “Aderir” é sinônimo de “colar”, se o usuário está colado a seu tratamento, isto é, alienado, não há espaço para o sujeito e só lhe resta o lugar de objeto. De acordo com Lancetti (2015, p. 64-65):

O terapeuta ou o redutor de danos não dá sermões, olha o corpo, escuta suas expressões, se interessa pela biografia. Aí onde os outros veem uma droga ele enxerga uma pessoa. Dessa maneira ele se dispõe a bancar repetições de vidas às vezes violentas, institucionalizadas, desgarradas por injustiças e aplainadas pela ordem social.

Acredito que esse era o papel das referências de Pedro, sustentar a “não aderência” como uma “aderência” a uma relação transferencial, que podia provocar mudanças em suas repetições. Além de buscá-lo na rua, era preciso sustentar sua admissão no leito, tanto com a equipe do “infantil” como com a do AD. Eu não via as rupturas de Pedro como um “fracasso”, mas como parte do processo. Eu investia na hospitalidade noturna não apenas como um período para desintoxicação, mas como possibilidade de aproximação com os usuários, em que era possível trabalhar questões trazidas por eles. Mais do que cumprir os objetivos traçados, o importante era o acompanhamento compartilhado, as diversas possibilidades de escuta para o sujeito nos dois serviços. Em suma, a aposta era no instante clínico, na configuração de um espaço a partir do estabelecimento de uma relação transferencial, a qual opera uma escuta e interpretação dos profissionais.

Abrir espaço para o sujeito, incluí suas atuações, então, Pedro começou a “causar” nos equipamentos. Ficava agitado, brigava com outros usuários, ameaçava agredir os profissionais, chegou a subir na janela e gritar “vou me matar” (*sic*). Em cada cena, eu colocava que a angústia

poderia ser aliviada em conversas com a equipe, isto é, ele podia construir um espaço para falar dessas questões.

A princípio, o adolescente relacionava as crises com a vontade de usar crack: “fissura” e saudades do samba da Cracolândia. Comecei a questionar o termo “fissura” que vinha como signo e não o implicava em seu sintoma, com o tempo, Pedro passou a descrevê-la como “agonia e angústia” (*sic*). Procurei desconstruir essa relação tão direta entre o que sentia e a falta das drogas, fazendo circular outros significantes aí, oferecia a ele outras possibilidades de nomeação. Retomei sua história no CAPS e como suas “fugas” tiveram mais relação com as frustrações que viveu do que com as drogas. Lembrei o adolescente de acontecimentos que o marcaram: brigas com outros adolescentes, separação da Juliana e ansiedade em relação ao abrigo.

Citei o início de seu acompanhamento em que ficou na Casa Taiguara sem usar crack, Pedro disse que na época tinha amigos. Pontuei a dependência do outro e não da droga, ele esperava que outras pessoas o “salvassem”. O adolescente completou que a vontade de usar crack aparecia quando se sentia sozinho e percebia que não tinha amigos. Ao longo do processo, o discurso sobre a fissura mudou, o problema não era mais a “fissura”, mas sim “fico mal com a minha vida” (*sic*) e “quando penso nas coisas ruins da vida fico assim” (*sic*) se referindo as situações de “crise” e “recaídas”.

Naquele período houve uma piora em seu estado clínico devido ao quadro recorrente de pneumonia, Pedro dizia estar preocupado com sua saúde, com a “tosse”, ao mesmo tempo em que falava em retornar à Cracolândia. Essas falas causavam um efeito de horror na equipe, pois a aparência do adolescente chocava por estar muito debilitado e um retorno para a “craco” soava como uma escolha suicida. Como afirma Bastos (2009, p. 135), quando o sujeito se perde, abre uma brecha para a compulsão à repetição, às vezes, o sujeito cede tanto de seu desejo que a única manifestação a que se tem acesso é a da destruição.

Havia uma provocação que demandava algo ao outro em sua fala, parecia mesmo querer chocar a equipe com sua sinceridade “escrachada”. O pedido de ajuda vinha como uma chantagem ou ameaça, como eu havia dito a ele, uma espera de que alguém o “salvasse”. Pedro não se apegava em frases prontas “quero mudar de vida”, “parar de usar drogas”, jargões que frequentemente apareciam no discurso dos adolescentes em situação de rua, que eram esperados pelos profissionais como sinal de “aderência” ao cuidado. Ele dizia abertamente que não queria parar de usar crack, ao mesmo tempo que pedia para ficar no leito ou uma internação para ajudá-lo a parar com o uso abusivo.

As contradições em seu discurso, que traziam à tona sua questão: a eterna busca por um nome, o deixava numa posição ambivalente “ora queria parar, ora queria usar”. Ao ser apontada a contradição a ele, Pedro colocou que tinha amigos na “biqueira”, o que aparentemente resolvia sua questão. Muitas vezes a Cracolândia parecia ter esta função aos adolescentes marcados pelo abandono, ocupar um lugar: amigo, traficante, sambista, uma família com os pais de rua, etc. A “craco” aparecia como uma imagem que aparentemente dava um nome a Pedro, ao mesmo tempo que sua própria imagem se perdia, seu corpo ia desaparecendo ali.

A psicanálise pode nos ajudar a entender as “contradições” de Pedro e permite outra leitura para a “não aderência” ao tratamento, que se tornam parte do processo, não um empecilho ao cuidado, pois aponta para algo estrutural do sujeito. Bastos (2009, p. 105) aprofunda a questão:

Para a psicanálise, o sujeito é dividido entre consciente e inconsciente. Essa divisão é, por exemplo, como nos explica Freud (1916-17), aquilo que confere uma estranheza ao sintoma, pois ao mesmo tempo em que implica em sofrimento e, portanto, desprazer para o consciente, é uma satisfação pulsional substitutiva, e implica em prazer para o inconsciente. Trata-se, então, do sujeito do inconsciente. A escuta psicanalítica leva em conta o momento em que o sujeito se implica na dimensão do desejo e do gozo, não se confundindo com a pessoa, cujo sintoma é algo do qual se queixa e o médico escuta.

A ambivalência é esperada quando se trata de um sujeito dividido, em uma estrutura neurótica, há que se esperar contradições em seu discurso: “quero o tratamento” e “não quero o tratamento” podem coexistir em uma mesma frase. Nas palavras de Quinet (1991, p. 101):

incoerência é o termo utilizado na tradução brasileira da Imago para a palavra alemã wiespaltigkeit, cuja melhor tradução seria duplicidade, que designa a qualidade de estar dividido, bipartido, onde se encontra a raiz de Spaltung, que Lacan traduz como divisão do sujeito.

No entanto, os profissionais esperavam uma fala mais “adequada”, sua sinceridade escancarada e inesperada retirava o saber absoluto da instituição e a equipe de seu lugar confortável, pois se via sem saber o que fazer diante deste discurso.

Concepção que coloca uma complexidade para a discussão, desloca a dicotomia “aderir” e “não aderir” e leva a um aprofundamento das questões do sujeito. A divisão do sujeito causa efeito de estranhamento aos profissionais, que veem nessas duas faces do sintoma “prazer” e “desprazer” algo insano e de difícil compreensão. Insano talvez seja acreditar que os nossos atos são fundamentados na razão. O corpo não é mais o orgânico, mas sim o pulsional, ou seja,

não se trata mais de instinto, mas sim de pulsões. O corpo é estruturado pela linguagem, o que coloca o sujeito no campo do desejo e gozo.

Não pretendo aprofundar as teorias das pulsões de Freud ou as teorizações de Lacan sobre o campo da linguagem e gozo. O que importa para este trabalho é que o “não aderir” e a ambivalência diz do sintoma do sujeito e deve ser tomado como enigma, tanto para o usuário como terapeuta. Olhar sob essa ótica, ultrapassa qualquer rótulo sobre a rua ou drogas, uma vez que imbrica algo do modo o qual o sujeito é estruturado. De acordo com Bastos (2009, p. 131):

Os sintomas se constituem a partir de experiências vividas pelo sujeito, que são experiências sexuais traumáticas que têm no recalque sua solução. O trauma é a castração, ela é, pode-se interpretar, o ‘vivenciar típico em si mesmo’, que na neurose é negada pelo recalque. Pode-se pensar então esse ‘vivenciar típico em si mesmo’, a que Freud se refere, como a inserção do sujeito na cultura, que é traumática, já que implica na castração do ser, instaurando a falta-a-ser. A cultura fornece os significantes, dos quais o sujeito se apodera, e, a partir dos quais o sujeito constitui seu sintoma.

Há algo que se realiza em todo sujeito neurótico, não apenas nos usuários de substâncias psicoativas. Na neurose, o sentido do sintoma escapa ao sujeito, a questão está aí, a queixa surge quando o sujeito apresenta aquilo que não tem sentido para ele, momento em que se depara com sua divisão e estranha a si mesmo. Toca-se a complexidade que há no sujeito, um sintoma que ultrapassa um querer ou não querer usar drogas racional e consciente. Adentra as profundezas do enigma de todo sujeito, aquilo que não se sabe é posto em relevo. Havia tantas perguntas a serem feitas para Pedro: por que voltava para a rua? Por que presentificar a morte em seu corpo?

Na realidade, a equipe se perdia diante das repetições dos usuários, o que vai de encontro com a constatação de Bastos (2009, p. 36) “dentre as situações que Freud aponta como propícias para provocarem o estranho, encontra-se a repetição do igual, ou seja, a repetição de uma mesma coisa”. Quando Pedro parou de responder ao que era esperado e entrou num movimento de repetição, a equipe enrijeceu e grudou nos discursos hegemônicos e cristalizados, encarnando um saber totalitário e colocando o problema ao lado do usuário. A angústia de ver Pedro retornar ao serviço cada vez mais magro e debilitado desorganizava a equipe, que ao invés de sustentar o “não saber” se apegava aos combinados, regras, exigências e assim, burocratizava seu PTS. Diante da repetição, a rede de serviços, tão articulada no início de seu processo, desapareceu. Lancetti (2013, p. 104-105) nos alerta:

Com o advento da repetição, as pessoas não somente se repetem em suas relações, agora o terapeuta passará a fazer parte da repetição e, se onipotente,

cairá logo na impotência, quando não absorvido pelo conflito familiar ou comunitário. O analista peripatético depara-se a cada hora com a própria onipotência (...). Mas o pior de todos os riscos é o desânimo ou a racionalização profissionalista. O retorno da priorização do espaço sobre o tempo, ou, para dizê-lo de maneira brutal, o retorno do consultório e do enquadrinhamento profissionalista.

Como afirma Bastos (2009, p. 104) “quando algo do sujeito se presentifica” o problema aparece. Há algo que o próprio sujeito não pode explicar e é enigma a ele, é este o lugar de resistência ao tratamento, onde o sujeito quer e não quer adentrar esse enigma, que traz estranhamento a ele mesmo. O que deixa os profissionais de saúde atônitos é lidar com a “pulsão de morte”, pois, ultrapassa qualquer explicação racional sobre o sujeito:

Com a introdução da pulsão de morte no campo conceitual de Freud, não é apenas a satisfação pulsional que está em jogo no sintoma, mas também a satisfação da pulsão de morte. Na medida em que o sujeito cede de seu desejo abre as portas para o gozo. Isto é algo que se verifica na clínica, e não apenas em relação às toxicomanias (Bastos, 2009, p. 134).

É possível desconstruir aí o termo “fissura” como efeito químico de uma substância no organismo de uma pessoa. Há algo estrutural que pode responder pela “fissura”, essa incessante busca por um objeto de satisfação que ilusoriamente devolveria a plenitude do ser. É preciso admitir o inconsciente, sujeito, desejo, gozo e pulsão, há um funcionamento comum a todos não apenas aos usuários de drogas, leitura que nos distancia de um julgamento moral e estigma em relação a eles.

De acordo com Bastos (2009, p. 30), a repetição é da ordem do humano, isto é, da alternância entre alienação e separação do Outro, constitutiva do sujeito. Uma breve explicação: o princípio de prazer é a tendência à descarga de acúmulo da excitação que é sentido como desprazer. Diante de um aumento de excitação no organismo, a resposta é descarregá-la. O princípio de realidade é o que torna possível uma ação sobre o mundo externo, para que dele se possa obter o objeto necessário para fazer cessar o estímulo e, portanto, o desprazer. O organismo humano não consegue fazer isso sozinho, necessitando da interpretação do Outro.

É da ordem do humano que só se tenha acesso à realidade a partir da interpretação do Outro. Somente a partir desse Outro é que o bebê passa a saber que o aumento de energia que lhe causa desprazer tem nome e se chama fome. O único acesso do ser humano à realidade se dá através das palavras. E é neste sentido que a palavra mata a coisa. (Bastos, 2009, p. 30).

A experiência de satisfação é um protótipo de resposta que o sujeito busca dar cada vez que se impõe uma falta. O desprazer leva a uma corrente produzida no aparelho psíquico que vai em direção ao prazer:

Esse movimento se dá no sentido de tentar reencontrar o primeiro objeto de satisfação, ou seja, de reencontrar a satisfação obtida na primeira experiência. Na tentativa de reencontrar o objeto que, segundo Freud, está para sempre perdido, ou que, segundo Lacan, jamais existiu, o que surge é a repetição. (Bastos, 2009, p. 30).

O que se repete é da ordem do retorno do recalçado, que sempre tem a ver com a castração, isto é, algo da pulsão que não pôde ser erotizado e escapa à fala, mas não deixa de afetar o sujeito. A compulsão à repetição se trata daquilo que o sujeito não “recorda”, mas o “atua”, o repete sem saber que está fazendo. Sendo assim, a compulsão à repetição é a atuação de uma representação recalçada, em que haveria uma satisfação pulsional e não pôde ser lembrada.

Sob essa perspectiva, estaria definida a fórmula: desprazer para um sistema, prazer para outro, propondo-se que a repetição causa desprazer ao eu, mas, por outro lado, encontra satisfação do sistema inconsciente. Retomando a primeira experiência de satisfação, e a repetição que ela instaura na tentativa de reencontrar o objeto perdido (...) talvez se possa dizer que a experiência sobre a qual incidiu o recalque comportava uma satisfação a qual se tenta resgatar instaurando-se a repetição (Bastos, 2009, p. 35).

De acordo com Bastos e Alberti (2018, p. 212), em 1914, Freud (1914/2006) foi convocado a modificar sua teoria original das pulsões porque se deparou, na clínica, com o fato do “eu” ser também um objeto pulsional e da repetição ser a forma primordial de busca da satisfação da pulsão. A constatação levou para a grande reformulação, em 1920, de que havia um “mais além do princípio de prazer” (Freud, 1920/2004) na compulsão à repetição.

Nesse ponto, indica duas formas possíveis: por um lado, tem-se a pulsão de morte que insiste como compulsão à repetição, na medida em que escapa à significação, e, portanto, está fora do âmbito do princípio de prazer. Por outro lado, há a questão da castração, para qual o retorno do recalçado aponta, sendo seu efeito no eu, a angústia e não o prazer. Mas, ainda assim, pode-se pensar na satisfação pulsional, ou como já foi dito, trata-se de desprazer em um sistema e prazer em outro (BASTOS, 2009, p. 38).

A pulsão de morte seria a mola propulsora da compulsão à repetição, que trabalha sem que a percebamos. Ao contrário das pulsões de vida que são ruidosas e produzem a cultura, a

arte e até nos fazem amar. Há um conflito entre pulsão de vida e pulsão de morte, o desejo se apoia na pulsão de vida e está atrelado ao simbólico, no entanto, resta algo que não é passível de significação, está fora do simbólico. O ser humano está fadado a jamais encontrar o objeto de satisfação, podendo apenas obter satisfações parciais e somente a partir da fantasia. Sendo assim, a pulsão de morte é originária e impossível de contrariar.

Bastos e Alberti (2018, p. 212) explicam que Lacan assumiu a pulsão de morte como fundamental para a Psicanálise. Associou o conceito com a noção de gozo, que implica um “mais além do princípio do prazer”, isto é, um impossível. Importante das teorizações é o dualismo pulsional, “no qual a pulsão de morte não é a vilã que deve ser extirpada, ela é constituinte do ser falante”, as duas trabalham em conjunto quando se leva em conta o sujeito do modo como a psicanálise propõe.

As pesquisadoras (2018, p. 212) colocam a importância de levar em conta a pulsão de morte tanto no cuidado como nas políticas públicas para usuários de substâncias psicoativas:

não há meios de revogar a pulsão de morte, pelo simples fato de que toda pulsão é, fundamentalmente, de morte, e como o ser falante é um ser pulsional – e não instintivo –, é a pulsão de morte que está na base da cultura, do sujeito, de toda prática que empreendemos.

Ainda com as autoras (2018, p. 212-213), é dever ético do psicanalista, em sua clínica e no seu exercício político, perceber as manifestações da pulsão de morte para “oferecer a possibilidade de localizá-las e encontrar instrumentos de se haver com esse impossível conforme a própria escolha de cada um, mas visando sua associação com as pulsões de vida”.

Ao tomar o ser falante como um ser pulsional e não instintivo, é a pulsão de morte que está na base quando o sujeito se depara com o irremediável mal-estar na cultura:

Trabalhar com a psicanálise é levar em conta a pulsão de morte. É lançar mão de um saber que nos permite uma orientação de tratamento que leve em conta o que há de mortífero no uso de drogas nas toxicomanias, pondo em relevo a posição de gozo do sujeito. É, além disso, pôr em questão o que há de mortífero em determinados direcionamentos políticos que transformam o sujeito em objeto. (Bastos; Alberti, 2018, p. 212).

O mal-estar advém da inadequação do ser humano à felicidade, não há junção entre bem e prazer, a cultura é uma fonte de sacrifícios que são impostos ao sujeito. Para a psicanálise, o uso compulsivo de drogas é um fenômeno clínico:

é um recurso, um paliativo diante da angústia, no sentido de anestesiá-la, produzida como uma forma de lidar com a castração. A intoxicação diz respeito à economia pulsional, ou seja, refere-se à relação do sujeito com o desejo e com o gozo. Essa relação, entretanto, já foi marcada de saída pela forma como o sujeito estrutura a realidade, o que implica na forma como o sujeito se posiciona diante do Outro. (BASTOS, 2009, p. 120).

A droga é um recurso do qual o sujeito pode lançar mão diante da angústia, em que se verifica uma preponderância da pulsão de morte, que acarreta um relançamento do sujeito diante da angústia e o leva a um aumento progressivo do uso de drogas.

É necessário levar em conta a pulsão de morte, pois talvez não seja o crack que quebra o sujeito, mas o sujeito dele se utiliza para satisfazer sua compulsão à repetição. Se não se considera essa escolha do sujeito, mesmo se ela pode ser mortífera – satisfação pulsional que responde à posição de gozo de cada um –, acaba-se por oferecer um tratamento que entra em um outro tipo de repetição: internação – abstinência – recaída – internação. O posicionamento político ancorado no posicionamento moral ou orgânico (doença) imprime um desígnio: *Se tu és usuário de drogas, és um criminoso ou és doente*, tomando o outro como um objeto (...). Ao tomar o usuário de drogas como objeto, não se considera o cidadão e, menos ainda, o sujeito do inconsciente e suas escolhas. (Bastos; Alberti, 2018, p. 216).

Cada sujeito encontra no uso da droga uma relação muito particular com seu gozo e com o Outro. Desse modo, importa a clínica psicanalítica a forma específica de um sujeito se posicionar diante da castração. Está em questão: qual o lugar da droga nas estruturas clínicas da neurose, psicose e perversão que se verificam a partir dos três mecanismos específicos de negação da castração?

Dessa forma, ao tratar os pacientes, sejam eles usuários de drogas, ou jovens infratores, não se trata de consertá-los, seja a partir de preceitos morais vindos da escola, do poder judiciário etc - ou até mesmo do próprio psicanalista. Trata-se de por o sujeito a falar, para que ao fazê-lo, possa retomar as indicações de seu desejo. Desejo que por ser absolutamente singular só pode ser dito pelo próprio sujeito, ainda que não-todo dito. (Bastos, 2009, p. 41).

Por esse motivo, coloco a importância de sustentar a “transitoriedade” de Pedro e as contradições em seu discurso. A psicanálise nos ampara ao vermos tais atos como algo estrutural e assim, é possível sair do horror da cena. Quando Pedro se depara com a angústia e a solidão do ser, aparece a repetição.

Note-se que apesar de nos basearmos na redução de danos e não na abstinência, o discurso institucional apontava para uma necessidade de escolha entre “parar ou não parar o uso de crack”, de algum modo, a proposta do leito exigia uma escolha do adolescente pela

abstinência. Diferente do início de seu acompanhamento, em que Pedro bancava ficar na rua e no intensivo, não havia exigência para não usar drogas, ele podia estar no tratamento e fazer uso de crack. Como apontado por Oliveira (2021, p. 143), escorregamos no discurso manicomial

todos nós, mesmo as pessoas que trabalham diretamente com usuários intensivos de drogas, como os trabalhadores de um CAPSad que se pautam na perspectiva da RD, também somos atravessados pelos valores em relação a esses usuários, como doentes, criminosos ou pecadores, os quais produzem nossas subjetivações e dialogam com os pilares da guerra às drogas, como o racismo, o proibicionismo e a abstinência como única meta.

Sendo assim, o discurso da equipe também era contraditório, afirmávamos a redução de danos em nossa fala, mas a exigência de abstinência fazia pressão na prática. Nesse sentido, as contradições do discurso da equipe eram complementares às contradições de Pedro. Era preciso, então, escutar as “contradições” do adolescente e da equipe.

Fato que era preciso fazer um corte no movimento mortífero de Pedro e a internação foi uma resposta à repetição, apostando que “a abstinência pode ser uma redução de danos em caso de risco extremo” como afirma Lancetti (2015, p. 36). Em situações de crise que necessitavam uma continência maior que os CAPS ofereciam, referenciávamos os adolescentes para emergência psiquiátrica ou para internação por meio da Central de Vagas da Secretaria Municipal de Saúde. A equipe estava presente em todo o processo, desde a decisão do usuário, as visitas durante a internação, a construção do PTS e retorno ao território. Pedro pediu a internação de longa permanência, pois queria um ambiente mais fechado para lhe dar contorno, o “combinado” foi que depois desse período ele seria inserido na unidade de acolhimento vinculada ao CAPS.

Pedro foi internado em uma Comunidade Terapêutica (CT) no interior de São Paulo. O tratamento tinha duração de seis meses, consistia em medicação para conter ansiedade e atividades diárias (laborterapia, oficinas, grupos, caminhada, educação física). A permanência era voluntária, as visitas e contato telefônico poderiam ser realizados após quinze dias da entrada no serviço. Acompanhamos o adolescente através de visitas, ligações telefônicas e discussão de caso com a equipe da CT.

Lancetti (2015) nos ensina que as comunidades terapêuticas surgiram a partir das experiências inglesa e americana que buscavam modificar as estruturas rígidas dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de transformar uma instituição fechada e iatrogênica numa instituição aberta e terapêutica, desconstruindo os espaços-tempos institucionais para reverter

as relações de poder vigentes. O autor aponta que, atualmente, tal conceito foi enviesado e as comunidades terapêuticas se tornaram exatamente aquilo que a Reforma Psiquiátrica procura extinguir.

Trata-se de instituições privadas que recebem auxílio financeiro público, apesar de terem sido instituídas como ponto da Rede de Atenção Psicossocial, a partir da Portaria GM/MS nº 3088, não estão em consonância com a lógica da RAPS e da política de redução de danos. As CTs não norteiam sua prática pelos princípios do SUS, seguem a lógica biomédica, e, portanto, tomam as drogas como doença e o tratamento, geralmente, é de natureza religiosa. Como nos alerta Bastos e Alberti (2021, p. 289) as “fazendas” e “fazendinhas” de tratamento para a dependência química, se autodenominam como “comunidades terapêuticas” de forma oportunista e fraudulenta para ganharem legitimidade social e científica. Desse modo, são regularizadas como equipamentos de saúde para garantir o financiamento público, situação que apresenta uma gravidade, uma vez que são entidades religiosas e não de saúde.

É por se verificar que as comunidades terapêuticas compactuam com o modelo criminal/moral e o modelo de doença, modelos que sustentam o proibicionismo, ancorados no paradigma da abstinência, e em nada podendo equivaler à proposta do modelo psicossocial e de redução de danos, que podemos pensar que o incremento ao financiamento dessas comunidades é uma quebra na direção progressista das reformas sanitária e psiquiátrica. (Bastos; Alberti, 2021, p. 222).

As comunidades terapêuticas, geralmente, são guiadas pelos “12 passos” dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos³⁶, que tem como pressuposto a perda de controle da vida para as drogas e entrega a recuperação do indivíduo a um “poder superior”. Aliadas aos modelos de abstinência e as correntes científicas, introduzem a “moral religiosa” e propõem o tratamento num sistema reducionista em que o drogado tem que se confessar e a “recuperação” é baseada no castigo e recompensa, somando-se aí a psicologia comportamentalista. Rui (2007, p. 55-56) descreve a rotina de uma conceituada Comunidade Terapêutica:

A rotina pode ser resumida da seguinte forma: acordam às 5:30, arrumam a cama, tomam café da manhã, vão à capela para a primeira oração do dia. Durante a manhã, os homens participam de reuniões e as mulheres trabalham na limpeza do local – “laborterapia”, almoçam. Durante a tarde, o inverso: as mulheres participam de reuniões os homens limpam o local. Lancham. Entre 17 e 18hs retornam à capela. Jantam. Participam de mais alguma reunião e têm de dormir entre 21:30 e 22hs. Não é permitido assistir TV, nem ouvir rádio. Não têm acesso à internet, não podem usar telefones sem autorização.

³⁶ Ver Rui (2007).

Por quatro meses, ficam praticamente sem qualquer contato com o que acontece fora da instituição, e nos últimos dois meses entram em uma fase de “re-inserção social” na qual podem sair, mas precisam avisar o local aonde vão e voltar no horário estipulado. Após o período mínimo de internação (podem ficar mais se não se sentirem totalmente seguros para voltar ao convívio cotidiano), os psicólogos traçam-lhes planos de vida a serem seguidos com o intuito de evitar a recaída.

Assim, com o apoio midiático do senso comum, retoma o modelo antigo de “instituição total” e os tratamentos corretivos, descritos por Lancetti (2015, p. 31-32): “banhos de água fervente e água gelada, a laborterapia, os choques insulínicos, as celas fortes, (...) carregar pedras e outros procedimentos repetitivos, castigos e penitências”. A Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia realizou uma inspeção, no ano de 2011, em sessenta e oito locais onde havia internação de usuários de drogas e constatou diversas formas de desrespeito aos direitos humanos.

Lancetti (2015, p. 34) alerta que as comunidades terapêuticas não são o simples retorno dos manicômios, uma vez que fazem parte do conjunto-droga: “produção-comercialização-judicialização-repressão-cuidado-terapêuticas-exposição midiática” que, via de regra, são criadas por grupos de ex-usuários, religiosos e a uma certa elite acadêmica. Rui (2007, p. 59) aponta que o maior perigo da instituição-total é institucionalizar a noção de “vício” e “dependências”, fazendo com que aqueles que passem por elas se tornem dependentes e se liguem a ela indefinidamente. Ao contrário do que se pretende um CAPS, o tratamento gira em torno da fixação do sujeito em significantes relacionados a “dependência química”.

Apesar da diferença de concepções, a aposta na CT foi feita pela equipe e por Pedro, tentávamos fazer desse processo algo diferente do que o instituído, apostando também na relação já estabelecida com o adolescente. Acompanhamos todos os seus “passos” na internação, quase um mês após sua entrada, a psicóloga Gal e eu fomos visitá-lo, levamos conosco a mãe e avó paterna do adolescente.

Desde o início do cuidado, fizemos uma aproximação com a mãe de Pedro, que passou a ter o CAPS como referência do filho. Frequentemente, realizava contatos telefônicos para obter informações e falar com ele. Convocamos Luiza para atendimento familiar no CAPS diversas vezes, mas esta nunca compareceu e Pedro poucas vezes aceitou, pois não queria que a mãe o visse com uma má aparência.

Desse modo, a visita ao adolescente foi também o primeiro atendimento familiar que realizamos. Durante o trajeto para a Comunidade Terapêutica, Luiza contou que não via o filho há três anos e que ele começou a dar trabalho desde pequeno. Ficou em um colégio interno por

volta dos onze anos por decisão do conselho tutelar. Contou que o pai de Pedro brigava com o filho para frequentar a escola quando não este queria estudar, ressaltou que era um “homem bom, gosta das coisas certas” (*sic*). Perguntamos por que o adolescente foi para rua, a mãe e avó disseram que não havia motivos, às vezes quando ficava em casa, ficava triste e chorava, mas elas não sabiam o porquê. Luiza relatou que quando foi morar com o pai de Pedro, seus dois filhos mais velhos mudaram para a casa da tia, não quis explicar o motivo, apenas concluiu “foi melhor assim” (*sic*).

Ao chegarmos à Comunidade Terapêutica, a mãe pareceu pouco afetiva no reencontro com o filho, o repreendeu por fumar cigarro, ignorando o fato dele estar numa clínica para usuários de drogas. A avó pareceu mais afetiva, abraçou e se emocionou ao ver o neto. Durante a visita, percebemos que havia “não-ditos” que permeavam a relação entre mãe e filho, a avó em diversos momentos verbalizava a situação “melhor nem falar sobre isso” (*sic*).

Pedro estava tranquilo, nos mostrou a clínica e contou sobre as atividades que estava fazendo. Segundo a psicóloga da CT, ele estava vinculado aos profissionais e adolescentes, aderiu ao tratamento e apresentava evolução. Estava escrevendo em um caderno o que pretendia fazer em sua vida, um dos itens que escreveu foi “entender a minha relação com meu pai” (*sic*). Leu a biografia de Amy Winehouse, dizia se identificar com a artista, pois tinha uma história parecida com a sua devido aos conflitos familiares. Perguntou dos profissionais do CAPS, especialmente da TO Rita, cantando o versinho feito a ela: “Lete tem um fusquete, mora numa quitinete” (*sic*).

A equipe realizou outras visitas, e frequentemente fazíamos ligações telefônicas, em uma delas, Pedro disse que tentou se matar pois não fomos mais visitá-lo. Respondi que sempre pensávamos nele e não estava abandonado. O adolescente se acalmou e contou que estava apaixonado por João, ficava pensando nele a todo momento. Relatou que assumiu ser homossexual para seus colegas da internação e foi tudo bem, as pessoas comentaram que ele estava muito melhor, animado e feliz. Ele concluiu que ficou bem porque antes tinha que esconder as coisas, era enrustido e estava aliviado pois não precisaria esconder nada na Unidade de Acolhimento. Parece que o “enrustido” não dizia apenas a sexualidade de Pedro, era preciso esconder os segredos de sua família e a UA aparecia como um lugar que era possível dizer.

A psicóloga da CT relatou que a situação não estava tranquila, pois o fato de ter assumido ser homossexual o deixou em vulnerabilidade: “está sendo motivo de chacota” (*sic*). Por isso mudou de comportamento com os outros adolescentes, estava ansioso e pedindo para ir embora, a vontade de ter amigos, fracassou novamente. Apesar da mudança de

comportamento, Pedro permaneceu o período combinado, teve alta da CT seis meses após sua entrada. A psicóloga procurou a mãe para ver a possibilidade de Pedro ficar em sua casa após a alta, Luiza não aceitou, justificou que não tinha recurso financeiro, não estava preparada para recebê-lo e não tinha o que oferecer em sua casa. Após a alta, Pedro foi inserido na unidade de acolhimento.

7.2. A internação de João

Após quase dois anos de acompanhamento intensivo, João solicitou internação de longa permanência, justificando que precisava de outros espaços de cuidado além do CAPSi. Naquele período havia aumentado a frequência do uso de crack e estava ameaçado de morte por traficantes no território, colocando-se em situação de risco. A equipe entendeu que João necessitava de maior contorno e continência e apostou na internação como um afastamento do movimento incessante da rua.

Quando a vaga saiu para uma comunidade terapêutica numa cidade do interior de São Paulo, João quase desistiu até conseguir falar sobre seu medo de ir para um lugar longe, sozinho e ficar “chapado de remédio” (*sic*). Escutamos e problematizamos os medos, retomando a sua história e procurando sustentar a nova possibilidade junto com ele. João se acalmou, se despediu da equipe, bastante emocionado. Pontuamos que não se tratava de um abandono, continuaríamos cuidando dele à distância, além disso, era uma tentativa, independente do desenrolar da aposta, ele continuaria em tratamento no CAPSi.

Admito que a internação de João foi um respiro para mim, a intensidade de sua presença trazia muitas demandas, foi importante fazer uma pausa. No entanto, a pausa foi mais curta do que o esperado. Depois de alguns dias, João fugiu da comunidade terapêutica e fez uma denúncia sobre as más condições da clínica aos policiais que encontrou pelo caminho, porém foi levado de volta no mesmo dia. Naquele período, começou um processo de fechamento das comunidades terapêuticas que funcionavam em condições precárias, de acordo com Lancetti (2015, p. 85) “a prefeitura descredenciou algumas comunidades terapêuticas depois de denúncias de maus-tratos, com choques elétricos e outros tipos de tortura, até mesmo de mortes”. Após quinze dias de internação, a clínica em que João estava perdeu o convênio para adolescentes e fomos acionados a fazer sua transferência para outra CT.

Ao encontrar João, vi os efeitos colaterais da medicação: corpo se movimentando em blocos e uma fala muito lentificada, “chapado de remédio” (*sic*), aquilo que ele temia, acontecia. Não queria prosseguir na internação, porém ainda estava ameaçado no centro e acordamos que o melhor seria dar continuidade ao processo. Durante o trajeto à outra CT, João pulou da ambulância e correu pela rodovia. Fui tomada pelo seu ato e quando ia correr atrás dele, a técnica de enfermagem que também o acompanhava no trajeto, me segurou. A profissional tinha experiência em hospitais psiquiátricos e me ensinou que o melhor manejo não era correr atrás dele, pois assim ele correria mais. Me acalmou dizendo para esperar que ele voltaria. De fato, quando João percebeu que não havia outra saída, retornou. O motorista da ambulância foi em sua direção e o acolheu. Por fim, foi vencido pelo cansaço, continuamos o trajeto para a outra comunidade terapêutica.

Mais um impasse se estabeleceu, a equipe da clínica não quis recebê-lo, argumentaram que não era um caso para o serviço, isto é, não tinha perfil para a comunidade terapêutica pois estava medicado e não era possível realizar a avaliação. O mesmo discurso sobre João prevalecia e assim não tinha “perfil” para nenhum serviço: abrigo, comunidade terapêutica, residência terapêutica, etc., ou seja, para a rede de cuidados que tinha como função protegê-lo. Discutimos o caso, contamos sua história e ressaltamos que ele não havia sido medicado durante nosso acompanhamento, por fim, João foi admitido na comunidade terapêutica.

Após alguns dias, João tentou fugir e pediu para ir embora, a equipe entrou em contato com o CAPS solicitando que fossemos buscá-lo. Alegando que a proposta do espaço se baseava no envolvimento dos adolescentes nas atividades desenvolvidas e ele não havia aderido ao tratamento. Parece que havia um receio da equipe de João fugir novamente e a equipe ser responsabilizada pelo adolescente, indicando que a comunidade terapêutica fracassa em sua própria proposta de funcionamento. Se o paciente não obedecer às regras, não serve ao serviço, isto é, se o sujeito emerge não há espaço para ele neste modelo de atendimento. E mais uma vez, o problema fica no usuário que “não aderiu ao tratamento”, como já mencionado, fala muito comum nos serviços de saúde e pouco problematizada.

Não pudemos escutar o desejo de João e insistimos, novamente, num procedimento fadado ao fracasso. Foram duas tentativas de fugas em direção ao seu desejo, porém foi silenciado. A equipe foi discutir o caso na CT com o intuito de dar continuidade ao processo, entretanto, João não aceitou e interrompeu seu tratamento. Retornou ao CAPS e permaneceu abstinente apenas por algumas horas. Fizemos uma proposta de PTS: hospitalidade noturna no CAPS ad e, na sequência, inserção na Unidade de Acolhimento, João aceitou, porém, horas

depois desapareceu do serviço. Retornou dias depois, chateado com a “recaída” (sic) e começou um processo tortuoso e repetitivo para inserção na Unidade de Acolhimento.

7.3. A internação de Kelly

Kelly foi encaminhada ao SAID³⁷, também acompanhamos a internação com visitas e discussão de caso com a equipe. Diferente de Pedro e João, este foi o momento inaugural do cuidado do CAPS, ainda não conhecíamos a adolescente, então fazíamos uma aproximação, paradoxalmente neste período em que estava fisicamente afastada de nós. O momento crucial para o estabelecimento de uma relação transferencial foi realizado durante a internação, dando outra configuração a internação de Kelly, bem distinta dos processos de Pedro e João.

O tratamento no SAID era mais curto que as comunidades terapêuticas, o tempo máximo eram três meses e havia distinção em relação ao espaço físico, pois ficava situado no município de São Paulo e não tinha a característica de “fazendinha” das CT’s.

As regras eram as mesmas em relação ao contato com o mundo externo, ligações e visitas eram proibidas nas primeiras semanas. O primeiro enfrentamento, já em sua entrada, foi o constrangimento de um possível encaminhamento para a enfermaria masculina. Pelo fato de ser transexual, a equipe do Said estava trabalhando a entrada de Kelly com os outros adolescentes que estavam na enfermaria. Enquanto isso, ela aguardava as decisões da equipe em um quarto separado com outra adolescente transexual (Samantha), nem na ala feminina, nem na ala masculina.

Na primeira visita, durante a discussão do caso, colocamos a possibilidade de ela ficar na enfermaria feminina, o que foi aceito pela equipe do SAID. A dificuldade de acesso aos lugares por ser transgênero permeia toda sua história. Trata-se da exclusão da exclusão: situação de rua, usuária de drogas e trans. Estigmas enraizados no imaginário da sociedade, que destinava poucos lugares a Kelly, muitas vezes restando apenas a prostituição. Situação

³⁷ Serviço de Atenção Integral ao Dependente (SAID): Com leitos de curta permanência e apoio psicossocial, o serviço, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) em parceria com o Hospital Samaritano, oferecia acolhimento e cuidado à saúde para o dependente químico, em situação de maior risco e vulnerabilidade. O serviço atuava, prioritariamente, recebendo os pacientes que eram encaminhados pela Ação Integrada Centro Legal. O tempo de permanência na unidade variava de um a três meses. Após o período de internação, os pacientes eram encaminhados para acompanhamento em órgãos de saúde da prefeitura. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/comunicacao/noticias/?p=111756#:~:text=O%20Servi%C3%A7o%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral,%20fisioterapeutas%20enfermeiros%20psic%C3%B3logos.> Acesso em: 06 out. 2023.

evidenciada pela mãe de Samantha em um atendimento familiar, ela colocou como os significantes prostituição e transgênero estavam colados na sociedade: “eu falo para ela, não é porque você é travesti, que você precisa se prostituir” (sic). E colocava inúmeras outras possibilidades para a filha.

Diante desse contexto, Kelly criava outros lugares para ocupar em sua imaginação, como por exemplo, “mãe de família”. Em suas falas, de modo teatral dizia: “meu marido está trabalhando e eu acabei de deixar meus filhos na escola” (sic). A manejadora³⁸ do SAID chamava de “mundo de ilusão” (sic), a adolescente sentia raiva, dizia que a profissional “pegava no seu pé”, pois, colocava que ela vivia uma “vida de fantasia” (sic).

No final de sua internação, a manejadora do caso concluiu que Kelly e seu pai não haviam aderido ao tratamento, mais uma vez a expressão retorna em um outro ambiente. Segundo a manejadora, ela apresentou “difícil adesão as regras” (sic), tentou alta administrativa agredindo outra adolescente. Durante os atendimentos apresentou resistência para falar sobre as faltas relacionadas à sua família. O pai realizou três visitas, a manejadora observou que ele tinha dificuldade em aceitar a sexualidade da filha: “não aguenta, escolhe falar sobre as drogas” (sic), portanto, constatou que era um “risco e não um lugar de cuidado” (sic). Apesar da expectativa de Kelly em retornar para a casa do pai, a equipe do SAID decidiu que o melhor lugar para ela após sua alta seria um abrigo.

A alta da internação ocorreu um mês depois do previsto devido à dificuldade em encontrar um lugar para Kelly ficar. Foi encaminhada pelo SAID ao Complexo Prates³⁹, local criado pela prefeitura de São Paulo, que dizia haver uma novidade na proposta pois contava com equipamentos da assistência social e saúde no mesmo local. Situado na região da Luz, o “Complexo” era composto por um abrigo para adolescentes, um albergue e um CAPS álcool e drogas num mesmo terreno. Fato é que não havia novidade na proposta, ainda fundamentada na lógica manicomial: um “complexo” para os “dependentes químicos”, como outros que foram criados no Brasil para os “excluídos”.

³⁸ Manejadora era o termo utilizado no SAID para o profissional responsável pelo caso.

³⁹ “Complexo Prates é um equipamento que reúne ações de Saúde Pública e Assistência Social no tratamento e recuperação da população vulnerável, em situação de rua e de dependentes químicos na região central da cidade. Oferece um Espaço de Convivência Dia para Adultos, um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (Abrigo), Centro de Acolhida para Homens (albergue), CAPS III AD e um AMA 24 horas. O objetivo é facilitar o tratamento e a assistência aos dependentes químicos, fortalecendo o combate à dependência realizado na região”.

Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/obras/empreendimentos/index.php?p=39474>. Acesso em: 06 out. 2023.

Em pouco tempo Kelly fugiu do abrigo e retornou para a Cracolândia, a internação fracassava em seu objetivo, a abstinência durou apenas alguns dias após o retorno ao território. A adolescente buscava cuidado na Tenda Mauá, devido à relação estabelecida com as profissionais. O olhar sensível da psicóloga, enunciava o fracasso da proposta manicomial do Complexo Prates, ela acreditava que a adolescente deveria ficar em um abrigo fora do centro, longe da Luz. Fato é que não apenas no sentido geográfico, a adolescente foi colocada novamente na Cracolândia quando a encaminharam para um “complexo” destinado a “dependentes químicos”, um dos rótulos que ela tentou se livrar durante todo o processo.

Por fim, os três adolescentes foram submetidos a internações de longa-permanência, com exceção de Pedro, o retorno para o uso de drogas e para rua, ocorreu quase simultaneamente a chegada de João e Kelly ao centro. Finalizo com a indignação de Lancetti (2013, p. 61-62) por ainda haver a insistência nas internações:

As informações sobre as sucessivas internações e o retorno às zonas de uso nada importam ante a fissura generalizada por internar quem usa drogas ilegais (...). Tradicionalmente, as estratégias terapêuticas, ou de tratamento de pessoas dependentes ou usuários compulsivos de drogas, são pensadas em torno da noção de desintoxicação. Pensa-se que, interrompendo de maneira violenta o uso, internando alguém ou até privando-o de sua liberdade, seria uma via possível de resolver o problema. (...) Tenho visto muitos meninos que depois de nove meses saem gordinhos, com um terço pendurado no pescoço, mas o contato com a vida comum faz com que aqueles nove meses não segurem por muito tempo, e aquilo seja algo muito efêmero. A ideia de basear o tratamento na abstinência ou na chamada desintoxicação parece não trazer mudanças para a vida da pessoa. Ela aprende a ficar abstinente por um tempo, mas ela não está preparada para a vida, então o contato com a vida do jeito que ela é faz com que o sujeito regrida. Acho, que a essa altura do campeonato, se pode dizer que essas estratégias são fracassadas, assim como é fracassado internar crianças a retirá-las das ruas. A ideia simples é ‘seqüestre!’, ‘retire!’, ‘suprima’, você acaba suprimindo a relação, a vontade do sujeito, por um tempo, mas depois ela reaparece, ou seja, não houve mudanças fundamentais na história dessa pessoa.

08 A UNIDADE DE ACOLHIMENTO

Realizamos a implantação da primeira unidade de acolhimento infanto-juvenil do município de São Paulo em março de 2012. A Unidade de Acolhimento (UA), instituída pelas Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 e Portaria GM/MS nº121 de 25 de janeiro de 2012, é um ponto de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, que

oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. (Brasil, 2011, p. 04).

A UA é atrelada a um CAPS de referência, portanto o acolhimento na UA é definido por esta equipe, responsável pelo acompanhamento especializado durante este período. Ou seja, a inserção no equipamento faz parte do projeto terapêutico singular de cada usuário. É dever da UA garantir os direitos de moradia, educação, convivência social e familiar.

A UA constitui um recurso dos PTS, de acordo com as necessidades dos usuários em seus contextos sociorrelacionais, considerando, em particular, o “habitar” como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial que visam à promoção de autonomia, de participação nas trocas sociais, e de ampliação do poder de contratualidade social e de acesso e exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2004c, p. 15).

Trata-se uma casa, uma morada para os adolescentes, no primeiro contato com a portaria, pensei que estávamos assumindo uma carência da rede de assistência social, mas aos poucos fui entendendo a peculiaridade da proposta. De acordo com a portaria GM/MS nº121, a equipe é composta por no mínimo um profissional com nível universitário na área da saúde e quatro profissionais com nível médio concluído. Os técnicos com nível superior podem pertencer as seguintes categorias: assistente social, educador físico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional ou médico. Note-se que o fonoaudiólogo não entra como possibilidade para compor o quadro de funcionários.

Os profissionais de nível médio, os “acompanhantes”, são peça fundamental do equipamento. Responsáveis pelo acompanhamento por 24 horas, são eles que garantem a

especificidade do cuidado em saúde, isto é, a escuta e seus manejos que estabelecem uma diferença entre um serviço de acolhimento institucional da assistência social. As intervenções dos acompanhantes são constituídas a partir das discussões do caso com os técnicos da UA e equipe do CAPS. O entrelaçamento entre os equipamentos garante o “cuidado contínuo” de saúde, embora se trate de serviços com objetivos diferentes.

Existem duas modalidades de funcionamento: Unidade de Acolhimento adulto, destinada às pessoas maiores de 18 anos e infanto-juvenil, para crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos. A princípio, foram implementadas duas unidades de acolhimento no Centro: a Unidade de Acolhimento I, modalidade infanto-juvenil, vinculada ao CAPS infantil Sé. E a Unidade de Acolhimento II, modalidade adulto, vinculada ao CAPS álcool e drogas Centro.

As unidades de acolhimento não escaparam da política higienista do município, de acordo com Lancetti (2015, p. 85):

Nessa época também foram criados vários Serviços Residenciais Terapêuticos e Serviços Residenciais Terapêuticos especiais (SRTE), assim batizados para não usar a mesma nomenclatura do Ministério da Saúde que é Unidade de Acolhimento (UA). A discordância não era só de nome. A Secretaria municipal também idealizou um fluxo que era do PSF de rua para as comunidades terapêuticas e destas aos SRTEs, ao passo que a indicação da Coordenação Nacional de Saúde Mental era ligar as casas onde as pessoas podem reorganizar-se por um tempo aos Caps AD.

Por este motivo, neste trabalho, em alguns momentos utilizo o termo “residência” para me referir a unidade de acolhimento, assim era a nomenclatura usada pelos técnicos e adolescentes em nossa rotina.

Um ano depois, devido a demanda do território, foi inaugurada a Unidade de Acolhimento III. Houve um impasse com os “jovens adultos”, isto é, os sujeitos que haviam acabado de completar 18 anos e por isso não poderiam estar na UAij, mas também não tinham o mesmo perfil dos adultos inseridos da UA II, ficando num “limbo” assistencial. Pensando nesta população foi instituída a Unidade de Acolhimento III, que se encaixava na modalidade adulto, mas na prática, a supervisora de saúde mental restringiu a faixa etária para construir um serviço a partir do funcionamento dos “jovens adultos”.

Tragos a experiência de Pedro, João e Kelly na unidade de acolhimento para ilustrar e refletir sobre a construção e estabelecimento dos serviços e os efeitos do equipamento no processo de cuidado de cada um. Além disso, a implantação da UA alarga a atuação do

fonoaudiólogo na Saúde Mental, que inclui em seu escopo o procedimento “acompanhamento de SRT/UA”.

8.1. Pedro e UA

*A alegria é a prova dos nove
E a tristeza é teu porto seguro
Minha terra onde o sol é mais lindo
E Mangueira onde o samba é mais puro
(Gilberto Gil)*

A entrada de Pedro na UA foi muito tranquila, uma vez que cumpriu os “combinados”, isto é, tudo saiu conforme o planejado. Enquanto ainda estava na internação, foi realizada uma “saída terapêutica”, Gal e eu o levamos para conhecer os adolescentes, profissionais e a unidade de acolhimento. Foi recebido por um usuário e uma acompanhante que explicaram as regras e funcionamento do serviço. Assim, o adolescente já foi se habituando ao ambiente e marcamos o processo para inserção na residência.

No mesmo dia que teve alta da CT começou sua morada na residência, foi realizado um atendimento com as referências para oficializar sua entrada, Pedro assinou o contrato da UA, após lermos e discutirmos os itens. Apesar de haver um documento assinado pelo adolescente, o que importava era outro contrato que se estabelecia ali com o serviço, a instituição de um Projeto Terapêutico que abria outras possibilidades para sua vida, outra gama de “nomes” se disponibilizava ali. Para estabelecer o novo contrato, Gal e eu, retomamos o processo no CAPS e apontamos o principal ponto a ser trabalhado na UA: a relação de dependência com os outros usuários. Era preciso se afastar da ideia de que um lugar pudesse estabelecer um nome a ele ou que um nome pudesse dar a ele um lugar, era preciso que Pedro pudesse se nomear e se posicionar a partir de seu desejo.

Logo que entrou na UA, Pedro se sentiu em casa: “a residência é tudo que eu sempre quis na vida” (sic), mudou seu nome para “Lara”, o mesmo nome de uma de suas irmãs, pediu para ser chamado assim pelos acompanhantes e moradores da casa.

Dias depois na convivência do CAPS começou uma amizade com outra adolescente, Karla, aparecendo seu modo de se relacionar, tomando a amiga como espelho. Esperava as

ações da adolescente para mimetizar a amiga. Karla participava de um grupo terapêutico realizado por mim, para seguir a adolescente, Pedro entrou no atendimento. Entretanto, na sessão, a sua questão se impôs para ele, trazendo à tona o que havia de singular em Pedro, fazendo o diferenciar de sua amiga.

A atividade do grupo era escrever uma carta para si, Pedro escreveu seu “novo” nome, inserindo mais um nome ao nome escolhido: “Skyler Lara”. Uma das adolescentes que participava no grupo, estava suja, emagrecida, com as roupas encardidas e os cabelos bagunçados, ou seja, portando uma imagem da rua. Curiosamente se chamava “Júlia Lara”, o mesmo nome escolhido por Pedro, que ficou muito incomodado com a presença da adolescente. Junto com Karla começou a caçoar de Júlia Lara, ressaltando sua má aparência, expôs o que já estava exposto, disse que ela estava suja e não era assim antes, a adolescente se irritou e respondeu “é o crack” (*sic*). Após a finalização do grupo, Pedro conseguiu dar um pouco mais de pistas de seu incomodo, referiu que eles eram “parceiros” antigamente, aparecendo um incomodo com a sua própria imagem de “antigamente”.

A cena traz Pedro olhando o outro como espelho, buscando se encontrar na imagem de Karla e se identificando com a imagem de Lara. Nos dois casos estava alienado a imagem do outro, a saída era promover uma separação e responder a partir de seu desejo, em nome próprio. Fez uma tentativa de escrever, ou melhor, inscrever um nome para si: Skyler Lara, mas em “Lara” se depara com a imagem da rua, além se ser o nome de sua irmã. Posteriormente excluiu o “Lara” e ficou apenas com “Skyler”, passou a ser chamada de “Sky”, apelido que pode servir tanto para o gênero masculino como para o feminino. No entanto, o nome “Sky” não ficou de fato instituído, continuou sendo chamado de Pedro e poucas vezes de Sky.

Passado um tempo, Pedro começou a se cortar na UA, os acompanhantes o acolhiam e ele podia dizer os motivos: queria se matar pois um amigo foi morar com a mãe, se queixando que perdia todo mundo, se arrependeu de brigar com Kelly e tentou se cortar com alicate de cutícula, em outro momento, não ficou bem com a desorganização de outros moradores e fez esfoliações nos braços com uma gilete. Em atendimento com a psiquiatra disse que estava triste, explicou que os cortes melhoravam a dor e pôde nomeá-la: “a dor de ter um pai ausente (...) é melhor que droga” (*sic*). Pela primeira vez, falou da violência doméstica sofrida por sua mãe, contou que o pai usava crack e agredia Luiza. Por fim, se queixou que não havia ninguém que o amasse. Pior que um pai ausente, era esse pai muito presente em não corresponder as demandas de amor do filho. A ambivalência de querer estar longe e perto do pai, era importante produzir uma separação, um corte, mas não em seu corpo.

Dias depois, o avô de Pedro adoeceu, Gal e eu o acompanhamos em uma visita no hospital. Durante o trajeto de trem, o adolescente, sempre muito preocupado com sua imagem, me pediu para tirar o crachá: “você quer que todo mundo saiba que eu faço tratamento? Não precisa, né?” (*sic*). Não precisava mesmo nomear Pedro através do meu crachá, o adolescente estava em movimento, assumindo outra posição em relação as substâncias psicoativas e com a vida. Contou que estava “distante das drogas” havia usado cocaína pela última vez há mais ou menos duas semanas. Falou também de suas relações amorosas e projetos de vida: escola, cursos, etc., ainda não havia decidido sua profissão, mas ressaltou que estava pensando sobre o assunto.

Ao chegar no hospital, Pedro ficou nervoso com o estado grave do avô e, também, pelo encontro com o pai. Cumprimentou seus familiares, para quem via de fora a cena, o encontro com o pai foi indiferente, Pedro o cumprimentou com educação e respeito, pediu a benção e quase não conversaram. Luiza foi diferente do outro encontro, estava preocupada com o filho e ao mesmo tempo, contente com suas mudanças. Perguntou sobre o funcionamento da residência e prometeu que faria uma visita brevemente, promessa que não foi cumprida. Pedro fumou escondido do pai para “não começar tudo de novo” (*sic*), isto é, as brigas e a agressividade.

Na volta de trem, Pedro contou que brigava com sua família pelo fato de o pai ser usuário de crack. Por isso, foi abrigado, sua mãe ficou com raiva pois teve medo de perder a guarda dos outros filhos. Pontuamos que Pedro denunciava o que acontecia com sua família, mas acabou repetindo o comportamento que desprezava de seu pai.

Ao retornar da visita estava ansioso e triste devido a gravidade do quadro de seu avô, disse que não queria ir para a balada e agora não tinha mais as drogas para esquecer suas angústias. Em atendimento posterior, contou que tentou escutar músicas para se tranquilizar, mas que colocou uma música muito triste e ficou mais triste ainda. Então começou a pensar outros modos para ficar bem como conversar com os acompanhantes e técnicos da residência.

Pedro passou por um período muito tranquilo na residência, vivendo outras coisas, experimentando outros nomes, como pode ser visto no registro em seu prontuário feito pela enfermeira da equipe: “tranquilo, respeitoso, **feliz, feliz** com a escola, **feliz** em ter ido para Luta Antimanicomial (...) Pedro mantém maravilhoso, comprometido!” (*sic*). Feliz era o significante que se apresentava ali para ele, conforme afirma Lancetti (2015, p. 108):

Mas redução de danos não é redução de pedras, é uma das consequências da Redução de Danos. Quando vemos os usuários varrendo ruas, alegres e

conversando, podemos imaginar que não usaram pedra pelo menos em quantidade para acharem-se assim, mas é preciso mostrar para a sociedade que, independentemente da redução do consumo, o importante é a elevação da vida e da dignidade dessas pessoas. E suas alegrias.

Houve mudanças práticas em sua vida: retornou para escola, fez cursos, saía com as amigas nos finais de semana, ia para a balada e retornava para a UA no horário combinado. Foi ao show da Vanessa da Mata, Hopi Hari, Vale do Anhangabaú assistir um jogo da Copa do Mundo, foi para a manifestação dos “0,20 centavos”, participou de evento na PUC sobre Direitos Humanos. Fez seu currículo com ajuda dos profissionais e procurou emprego. Saía para fumar maconha com João, Kelly e outros adolescentes, mas logo retornava para casa. Fez amigos na rua, saía com eles ou ficava conversando em frente à residência. Começou a ficar resistente com a medicação, não queria tomar todos os comprimidos por referir não ser um “gardenal” (sic). Apresentava cuidado com a casa e outros moradores. Foi ao cinema com outro adolescente da residência. Fez um bolo e me recebeu em sua casa para comemorar seu aniversário.

É de particular relevância considerar a distinção entre espaço e local, entre estar e habitar discutida por Saraceno (1999). O estar refere-se à restrita ou nula apropriação do espaço: anomia e anonimato (SARACENO, 1999, p. 114). Por outro lado, o habitar refere-se à apropriação, não apenas material, e à contratualidade em relação à estruturação, material e simbólica, dos espaços e dos objetos, à possibilidade de compartilhar afetivo (SARACENO, 1999). Dessa forma, os espaços projetados para UA devem assegurar que os usuários possam exercer o direito e o “poder” de habitar esse local como uma das dimensões fundamentais para a ampliação do poder de contratualidade, essencial para a retomada/reconstrução de projetos de vida e para a produção de um lugar social de valor. (Brasil, 2015, p. 29-30).

Pedro não apenas “estava”, ele “habitava”, não a UA como um espaço físico, não havia mais “anomia e anonimato”, havia o estabelecimento de um lugar, a partir de seu nome próprio. Mais uma vez era o “trivial” que fazia peso, a vivência de um cotidiano que permitia Pedro poder “habitar”. O adolescente estava vivendo aquele cotidiano “trivial”, que aparecia nas nossas conversas para a Sé. O “tratamento” se dissolvia em sua rotina na UA, o equipamento de saúde, virava sua casa, foi como tirar o crachá na viagem de trem.

Em atendimento com as referências reclamou: “minha vida está horrível, pois estou desempregado” (sic). Um “horrível” muito diferente daquele apresentado por ele em seu primeiro acolhimento e seu corpo nos retornos da Cracolândia. Apontamos suas mudanças e

novos projetos, a decisão de sua profissão começava a se delinear: “quero trabalhar com pessoas” (*sic*). Pedro podia nomear seus desejos.

João havia entrado na UA há pouco tempo, o que fez o adolescente mudar seu comportamento, Pedro explicou que a mudança de se deu pois era apaixonado por João. Desabafou que era difícil conviver com ele pois ele era muito “aparecido” (*sic*) e quando fumava maconha, “jogava em sua cara” (*sic*). Na sequência, Pedro disse que fumava pois era “usuário”, interrompi e perguntei se ainda era “usuário”, o adolescente ficou em silêncio. O que me lembra as palavras de Siqueira (2013, p. 74):

É muito mais fácil para um drogado dizer “eu sou um drogado”, do que falar “eu sou Domiciano” ou “eu sou o Lancetti” ou “eu sou um João ou sou um José”. A sociedade quer agrupar as pessoas em drogados, aidéticos, esses ou aqueles, porque parece que fica mais fácil colocar cada um em um grupo, cada um em um canto, isso é uma pretensa reorganização social. A minha proposta pessoal, e acho que é a proposta dos projetos de redução de danos também e principalmente a do nosso projeto é romper com isso. Nós não temos que agrupar as pessoas, nós temos é que desagrupar e ir ao encontro delas; deixar essas pessoas falarem, ouvir essas pessoas, para que elas digam o que é que funciona melhor. Essa sensação de que a gente vai chegar com um caminho certo e pronto, com doze passos - ou treze ou quinze ou vinte passos - só para a pessoa andar, não vejo com bons olhos.

Pois bem, era um movimento de “desagrupar” de Pedro, que nada teve a ver com os passos dados na comunidade terapêutica. Além de seu discurso apontar as mudanças em uma outra relação com as drogas, Pedro parecia ter tocado nesse assunto para nos provocar, um pedido para olharmos para ele também, não só para o “aparecido”. Às vezes, nos ameaçava “vou causar” (*sic*), mas agora conseguia nos dizer que só assim tinha nossa atenção.

Fato é que Pedro não “causava” mais, ou melhor, “causava” de outro modo. A relação com os outros adolescentes também mudou, ainda saía em “bando” para fazer uso de drogas, mas começou a se diferenciar. Não se tratava mais de relacionar se alienando ao outro, ele não era apenas “mais um” na composição grupo, como antes. Agora, podia estar junto e se separar, colocando limites aos movimentos mortíferos de grupo que acaba por apagar o sujeito em detrimento do “todo”, em que não cabe “um sujeito”, cabe apenas iguais.

Ao sair com outros moradores da casa para usar, João resolveu fazer um roubo, Pedro se afastou, voltou para casa e depois o repreendeu por ter roubado perto dele. A relação com a família também estava diferente, passava os finais de semana na casa de seus pais e depois voltava para a residência. Conseguiu um emprego como operador de telemarketing, pedia ajuda aos acompanhantes para decorar as falas e constatou: “agora valorizo bem meus dias de folgas”

(sic). Agora ele tinha “dias de folgas”, rompeu o movimento incessante de repetição e podia ter “folgas”. Pedro me convidou para comer o “melhor pão de queijo do mundo” quando recebesse seu primeiro salário, aceitei prontamente o convite.

No entanto, a transitoriedade da UA foi obscura para Pedro, quando começou a apresentar tais mudanças, os técnicos da residência tomaram como direção a saída do adolescente da casa. A técnica afirmava que era preciso pensar em um encaminhamento, pois ele correria o risco de ficar institucionalizado caso permanecesse na casa. Por apresentar mudanças e estar em um momento diferente dos outros moradores, colocava que continuar na rotina da UA tornaria o tratamento iatrogênico.

A equipe da UA estava se baseando nas portarias que instituem o equipamento, visando a desinstitucionalização, o serviço tem caráter transitório, o tempo de permanência tem um limite de seis meses (Brasil, 2010; 2012). Um impasse a ser enfrentado, uma vez que havia uma discordância entre os profissionais da UA e as referências do CAPS, naquele momento Gal e eu acreditávamos que o adolescente precisava de mais tempo na casa, o seu tempo, não aquele instituído pela portaria. A transitoriedade do serviço acaba tendo um efeito perverso para os adolescentes, que contam com um tempo cronológico e não com o tempo do sujeito. Como garantir o caráter residencial em apenas seis meses? Como estabelecer um lugar se a saída já estava prevista?

É de se espantar que a unidade de acolhimento e as comunidades terapêuticas, serviços com objetivos e configurações extremamente diferentes, estão alojados no mesmo ponto de atenção da RAPS: a “atenção residencial de caráter transitório”, conforme a Portaria GM/MS nº 3088. Não à toa os técnicos da UA temiam a institucionalização de Pedro, quando se coloca os dois serviços no mesmo patamar, há que se preocupar. Não há caráter residencial quando o sujeito está privado de liberdade, como ocorre nas comunidades terapêuticas. Evidentemente, as CTs têm um funcionamento mais próximo dos pontos de atenção hospitalar que tem como objetivo a internação em regime fechado, como pôde ser observado nas experiências de João, Pedro e Kelly. Mas ainda não se encaixaria nesse item, o qual contempla internações de “curtíssima ou curta” permanência, diferente do que ocorre no tratamento nas CTs. Fica mais espantoso ainda quando o limite de permanência das comunidades terapêuticas (até nove meses) é maior que o da unidade de acolhimento. Bastos e Alberti (2021, p. 288) também apontam a contradição:

Essa Portaria de 2011 é, aliás, bastante paradoxal porque, de um lado, sustenta “estratégias de desinstitucionalização”, visando os Serviços Residenciais

Terapêuticos, “moradias *inseridas na comunidade*, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência”, mas, por outro lado, advoga pelo recolhimento de até nove meses para adultos drogaditos.

Por fim, a UA é um serviço que possui suas diretrizes em consonância com as estratégias da desinstitucionalização, que supõe um sujeito, enquanto as comunidades terapêuticas visam a internação de longa permanência em ambiente fechado para tratar a droga. Portanto, é importante questionar a transitoriedade da UA, construir uma morada é muito diferente de seguir passos para tratar a dependência química. Há um impasse, pois, a permanência é pré-determinada pelas portarias, que impõe um tempo cronológico ao sujeito, em que o usuário precisa “correr atrás” deste “tempo”. “Correr atrás” da escola, emprego, etc., transformando a garantia aos direitos de moradia, educação, trabalho a um pré-requisito para estar na UA. Como habitar e se apropriar de uma casa assim? Já sabendo que será preciso desabitá-la, ou melhor, desabitar-se.

A contragosto das referências, realizamos, junto com a técnica da UA, um atendimento com Pedro para pensar a sua (im)permanência no equipamento. Tratava-se de uma avaliação “periódica” realizada pelas referências do CAPS e da UA com os usuários, para refletir sobre o processo na residência e as necessidades ou não de reformular o PTS. A avaliação de Pedro teve como objetivo pensar em encaminhamentos para o adolescente, sendo assim, a conversa para contar as novidades de seu emprego foi a mesma para pensar a sua saída.

Pedro falou de seu emprego e seus planos, não sabia se seria registrado pois precisava vender vinte assinaturas de um jornal, no entanto, já havia decidido, caso não fosse registrado, procuraria outro emprego. Gostava do trabalho, pois envolvia relação com pessoas, fez amigos e estava empenhado. Havia tomado a decisão de trabalhar como auxiliar de enfermagem no futuro. Organizava seu salário, guardava uma parte pois pretendia alugar uma casa e comprar os móveis, parecia estar correndo atrás do tempo que estava se esgotando.

Dois dias depois Pedro largou o emprego, não retornou ao local para pedir demissão, apenas rompeu o vínculo, como fazia quando ia para rua. Segundo os técnicos da UA, sua atitude teve relação com a entrada de outra adolescente na casa, ele voltou a se espelhar e não se diferenciava das amigas. Os adolescentes que estavam na residência se aglutinaram em grupo, saíam para fazer uso de thinner e voltavam quebrando regras e desrespeitando a casa, segundo os acompanhantes “faziam bagunça na cozinha, colocavam som alto, chegavam comendo toda comida da casa” (*sic*).

Após dois meses, Pedro saiu da residência com duas peças de roupa, arrumou seus pertences e disse que não ficaria mais na casa. Dez dias depois foi encontrado na Cracolândia pela equipe do CAPS na rua, os encontros no local passaram a ser esporádicos. Ao nos avistar se escondia em seu cobertor, não era possível contato, não aceitava conversar. A transitoriedade da UA parece ter sido complementar a transitoriedade de Pedro.

8.2. João e a UA

*Eu organizo o movimento
Eu oriento o carnaval
Eu inauguro o monumento no planalto central
do país
(Caetano Veloso)*

Nara e eu apostávamos que a Unidade de Acolhimento daria um suporte para João sustentar sua presença em outros espaços do laço social. O objetivo era criar a possibilidade de habitar uma casa com outros, que como ele mesmo dizia: “fugir da solidão” (*sic*). Mais do que objetivos “concretos” como retornar à escola, arranjar um emprego, etc., havia algo anterior a isso, o fato de João poder vivenciar um lar, uma morada, um “conviver” com outros em uma casa. Nas palavras do adolescente: “na residência, se eu quiser usar droga, vai ter alguém para conversar” (*sic*). Não apenas quando sentisse vontade de usar, mas também no café da manhã, preparando o jantar, assistindo televisão, limpando a casa, ele teria alguém para conversar.

A UA é um serviço residencial, uma casa. Nessa perspectiva, é um espaço projetado para o acolhimento, a hospitalidade, a convivência e é fundamental considerar que a possibilidade de “habitar” e de “trocar identidades”, no sentido de produção de local de enriquecimento das redes sociais, constituem eixos centrais na proposição de “reabilitação como cidadania”. (Brasil, 2015, p. 28).

A entrada de João na UA foi bem mais conflituosa que a de Pedro, uma vez que a última aposta da equipe não havia saído como esperado. Retomando que o adolescente interrompeu a internação, voltando para a rua e ao uso de crack horas após o retorno para São Paulo. Frequentemente, os adolescentes iam direto para a rua após um período longo de internação, colocando em questão o procedimento que tem como finalidade a abstinência.

Ressalto que a UA foi criada para atender adolescentes com o “perfil” de João, isto é, que apresentavam “acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar” como consta nas portarias já mencionadas. No entanto, parte da equipe apresentou resistências à sua inserção, foram criadas diversas regras para dificultar sua entrada no serviço.

A equipe criou um pré-requisito para a inserção de João na residência: foi definido que ele deveria permanecer um tempo em hospitalidade noturna no CAPS AD para depois realizar a entrada na UA. Estabeleceu-se um movimento de repetição: João ficava em hospitalidade noturna, em algum momento não suportava a espera, não conseguia cumprir a exigência da equipe, rompia como os “combinados” e voltava para a rua fazer uso de crack. Dias depois retornava ao CAPS pedindo ajuda e o ciclo continuava. Parecia que João precisava estar “pronto” para um serviço destinado a acolhê-lo.

Essa repetição, durou em torno de um ano, o movimento em direção à morte voltou a se intensificar, passou a retornar ao CAPS “muito sujo, odor fétido, calças rasgadas” (*sic*). Em conversas com a equipe, contava dos riscos que se colocava na rua: uso abusivo de drogas, prostituição como moeda de troca para financiar o próprio uso, roubos e furtos, sofria agressões físicas de traficantes e policiais. João chorava a cada recaída, se culpava e lamentava: “se eu não tivesse fumado maconha na sexta, hoje eu ia para a casa” (*sic*). Como efeito de suas últimas experiências, os remédios entraram em seu discurso: “foi só diminuir a medicação para eu recair” (*sic*). Eu dizia que ele não iria ficar medicado para sempre, portanto, tínhamos que encontrar alternativas quando sentisse “fissura” (*sic*), modo como nomeava sua angústia.

A cada retorno ao CAPS, João precisava “convencer” os profissionais que queria cuidados e estava implicado em seu tratamento, a equipe duvidava de suas “reais intenções” (*sic*) para entrar no leito. Seu objetivo era a entrada na UA, mas não podia dizer que queria ficar em hospitalidade noturna para ser inserido na residência, pois estaria fazendo um “uso” do dispositivo. Não bastava ele dizer que precisava da hospitalidade noturna, pois somente assim conseguiria manter abstinência das drogas e das situações que traziam risco à sua vida. O pedido para o leito era visto como “moeda de troca” para a tia Ruth pagar suas dívidas, etc. Seus argumentos não eram aceitos, então ele trazia outros, dizia que estava ameaçado pelo vizinho e por isso não podia retornar ao seu quartinho. Como não podia ser dito que queria entrar na UA, tentava falar de outro modo, mais implícito. No entanto, nenhum apelo era aceito pela equipe, o que o deixava sem saída, não havia o que pudesse dizer.

A frequência ou a permanência são justificados por uma meta, uma razão, um objetivo que não são outros senão os da instituição, o que se torna delicado,

quando [acredita-se que] o sujeito não se empenha o suficiente e só está lá, em suma, pelas “vantagens” que pode obter, é dito em um tom ameaçador: “isso aqui não é um hotel”, “isso aqui não é um clube”, insinuando que o profissional não está lá como babá ou para recreação, mas sim para fazer terapia... [...] Dessa forma, nada muda na posição que sempre foi a do sujeito em sua relação com o Outro; a de uma identificação com a falta, a essa falta de saber, aquilo que falta à satisfação – que é a defesa de um desejo ao qual nenhuma satisfação, nenhum saber pode alcançar. (Zenoni, 2009, p. 52-53, tradução da autora)⁴⁰.

Ao ter uma “recaída” a equipe dizia que havia sido influenciado por outros adolescentes. Sendo assim, a UA não seria mais uma opção, pois que ele poderia ser levado a usar drogas pelos outros moradores. Assim num movimento institucional perverso, a equipe criava expectativas para a UA e recuava, como se ele não merecesse ou não fosse bom suficiente para o serviço. Ao invés de fazer um corte em suas repetições, a instituição era complementar as atuações de João, mais do que isso, a equipe era muito ativa em suas “recaídas”. Havia um movimento de “sabotagem” do adolescente que atuava quando estava quase conseguindo entrar na UA, mas ao mesmo tempo, a equipe não deixava outra saída a ele, colocando-o num lugar de objeto.

Para Lacan (1958, p. 595), desde o início de seu ensino, tudo o que intervém suspendendo, destruindo ou interrompendo a continuidade do tratamento está do lado do analista. A resistência se expressa quando o analista não se atém à realidade do discurso, mas à realidade factual, empurrando o analisante para o *acting out*, ou seja, para a realização da transferência fora de sua presença. (Bezerra; Rinaldi, 2009, p. 351).

Novamente, a equipe enrijeceu ao se deparar com a repetição, e mais uma vez, a exigência da abstinência. Na proposta implicitamente estava colocado que João precisava ficar sem usar drogas durante a hospitalidade noturna para ser inserido na residência. Contraditório com a proposta da UA, que tem como pressuposto a redução de danos, e assim, se difere da internação e outros espaços de tratamento, exatamente por não ter a abstinência como requisito para sua inserção. Não se trata de culpabilizar a equipe, mas observar como as forças

⁴⁰ La fréquentation ou le séjour se trouvent ainsi justifiés par un but, une raison, un objectif qui ne sont autres que ceux de l'institution, comme il devient sensible, lorsque au sujet qui n'y met pas assez de conviction et qui n'est là, en somme, que pour les “avantages” qu'il peut en retirer, il est dit sur un ton de menace: “Ce n'est pas un hotel ici, ce n'est pas un club ici”, qui sous-entend que l'opérateur n'est pas là pour faire du gardiennage ou de l'animation, mais de la “thérapie”... [...]. Moyennant quoi, rien ne change dans la position qui a toujours été celle du sujet dans son rapport à l'Autre ; celle d'une identification au manque, à ce qui manque au savoir, à ce qui manque à la satisfaction- qui est défense d'un désir à la hauteur duquel aucune satisfaction, aucun savoir ne peuvent prétendre se hisser.

institucionais podem resultar em ações manicomialis. Como já dito, é preciso fazer furo nesse discurso diariamente na instituição. Este era o meu papel como referência do caso: uma aposta junto com João, sustentar suas repetições e assim fazer furos no sintoma institucional.

Se algo não podia ser dito, João colocava em ato, mas agora, onde havia repetição, havia também muita diferença. Ele continuava apresentando mudanças e a proposta da UA começava a se afinar. A resposta institucional foi a implantação de mais uma regra para sua inserção no equipamento. A UA III, como já explicado, destinada a “jovens adultos”, era aquela que atendia ao perfil de João e, naquele momento, o serviço estava atrelado ao CAPS adulto Sé. A partir disso, a nova regra foi criada: João deveria passar por avaliação pela equipe do CAPS adulto e, esta decidiria se era um caso para inserção na UA III.

Criou-se um impasse, uma vez que, teoricamente, João não tinha perfil para o CAPS adulto, já que se tratava de um usuário de substâncias psicoativas e não um caso de “transtorno mental severo e persistente”, fato que impediria seu acesso a UA. Além disso, apagava os anos de acompanhamento pela equipe do CAPSi, tirando sua autonomia para tomar tal decisão. Com o estabelecimento da nova regra o acesso do adolescente ao serviço ficava impossibilitado.

Como referência do caso, passei a fazer a inserção de João no CAPS adulto, era preciso convencer os profissionais que ele tinha perfil para o adulto para poder entrar na UA. Eu justificava que João tinha um sofrimento importante que poderia ser cuidado num CAPS adulto, independentemente de ser um usuário de substâncias psicoativas, havia um sujeito em sofrimento ali. O CAPS adulto dizia que o AD era mais adequado a ele, devido ao uso de substâncias. O CAPS AD contra-argumentava falando que ele poderia ficar no infantil até os vinte e cinco anos. Desviando totalmente a questão e criando outros impasses, o “infantil” queria apenas que ele tivesse acesso a UA, o acompanhamento continuaria conosco, não se tratava de um encaminhamento do caso. Começamos a realizar reuniões semanais com os três serviços para discutir e definir condutas juntos, numa tentativa de transpor os impasses.

Concomitantemente, apesar dos “não-ditos” institucionais que estavam em torno de sua inserção na UA, pois a nova regra não havia sido colocada explicitamente a ele, João começou a fazer um movimento de entrada no CAPS adulto. Passou a subir ao serviço e estabelecer relações com os profissionais. Como disse, ele articulava sua própria rede, junto com meus esforços de inseri-lo no “adulto” nas incessantes reuniões semanais entre os três serviços, João “invadiu” o equipamento e mais uma vez rompeu com os movimentos institucionais que o paralisava em suas repetições. Fez um ato que produziu um corte na repetição dos três serviços, dissolvendo a nova regra, rompeu as burocracias e “apareceu” no CAPS adulto.

Estamos, antes, no plano de uma homologia a ser estabelecida e mantida entre o modo de cuidar e o funcionamento próprio daqueles que serão cuidados, de modo a que esta voz passiva (ser cuidado) torne-se cada vez mais uma referência retórica vazia, porquanto é do lugar do ato que os “cuidados” indicarão os caminhos a serem seguidos pelos “cuidadores”, e isso a partir do modo mesmo como seu coletivo se organizará. (Elia, 2015, p. 249).

João escolhia seus caminhos e eu ia bancando seu desejo junto com ele, às vezes, sem perceber que o desejo era dele e não meu. Isso é permitir a emergência do sujeito e mais uma vez furar a instituição. Apesar dos questionamentos dos profissionais pelo “perfil”, “diagnóstico”, o adolescente impôs sua presença, teceu sua rede e conseguiu acessar o serviço. E entrou como José João, não através de um diagnóstico médico ou um rótulo, o discurso do CAPS adulto ao discutir seu PTS trazia seu modo de presença: “ele é bom na dança”, assim foi inserido na oficina de teatro e artes.

O espaço de convivência se expandiu para os três serviços, durante as reuniões semanais foi possível notar como o discurso de João circulava entre os dispositivos, assim, as equipes tiveram que se olhar. Em uma reunião, foi colocado que ele estava desrespeitando alguns profissionais do infantil dizendo: “vocês são meus empregados, vocês trabalham para mim e são pagos para isso” (*sic*). A gerente do CAPS adulto reconheceu que era uma fala dita pelos profissionais do seu serviço: “ninguém aqui é seu empregado” (*sic*). Foi importante localizar como os significantes circulavam entre os serviços através de João para entender nossos movimentos institucionais.

Enquanto João e eu batalhávamos com os serviços, a entrada na UA continuava a ser construída entre nós. Certo dia, João compareceu ao CAPS as sete horas da manhã, irritado, justificou a irritação dizendo que estava sem usar crack, não havia feito uso na noite anterior. Pediu para ir ao Sesc do Carmo, o acompanhei, porém ainda estava fechado, fomos ao Poupatempo ver os procedimentos para tirar segunda via do RG, retornamos ao SESC e nos sentamos na porta para aguardar sua abertura.

João falou de seu pai: “ele tem cabelos enrolados, é bonito e muito alto” (*sic*). Eu discordei dizendo que, na verdade, ele era careca e baixinho e que o adolescente deveria ter puxado a mãe: “os cabelos, a cor e a beleza” (*sic*). João riu e contou que seu pai o divertia, que ficava paquerando as mulheres na frente da sua escola: “sou mulherengo igual meu pai” (*sic*). Perguntou por que não o chamei para ver seu pai, no dia da visita, respondi que ele não quis vê-lo. Pontuei que o pai não quis enfrentar o passado, ao contrário de João que enfrentava seu sofrimento, estava conseguindo não fugir para as drogas e por isso era muito corajoso.

João apresentava mudanças em seu modo de presença, sentia vergonha ao se aproximar de outras pessoas na rua e começou a chegar ao CAPS com boa aparência, queria mostrar que estava se cuidando, tomava banho pela manhã antes de ir ao serviço. Conversamos sobre a residência terapêutica, João disse que estava esperando a vaga sair e eu pensando nos embates e tensão entorno de sua entrada no serviço. A situação era muito mais complicada do que uma espera pela vaga, mas achei interessante o modo como o adolescente definia o momento: numa tranquilidade, sem a raiva e imposição de antes quando não conseguia o que queria, apaziguando a tensão entre as equipes. Uma espera bem atuante, em que João tentava mostrar sua boa aparência para fazer suas mudanças serem vistas e, assim, conseguir a vaga.

Coloquei que iríamos marcar acolhimento com CAPS adulto e se a vaga saísse poderia fazer as malas. João disse que não iria levar suas roupas, pois ganharia doação da Prefeitura. Expliquei que não havia doação, ao contrário, ele iria aprender a cuidar de suas roupas, iria lavá-las e assim suas roupas não seriam mais descartáveis. Ele perguntou se havia máquina de lavar roupas na UA, diante da confirmação, afirmou que, então, iria lavar suas roupas.

No dia seguinte, o adolescente chegou ao serviço fingindo tremer: “brrrrr” (*sic*). Perguntei: “O que foi João?”, “Tô com frio! Minha camiseta está molhada!” (*sic*). Ele havia lavado todas as suas roupas, ficando sem ter o que usar, foi ao CAPS vestindo uma camiseta molhada. A técnica de enfermagem e eu o ensinamos a secar roupas na máquina do CAPS e pedimos para pegar sua camiseta após 30 minutos. Um modo de dizer que estava pronto para a UA. Foi preciso montar esta cena para nos contar, nos provar, nos desensurdecer. João, agora, podia falar, mas parece que a equipe ainda não podia escutá-lo e atuava, impedindo seu acesso a UA.

Se não adiantava o adolescente falar, foi preciso fazer algo. Fiquei muito afetada na cena, me surpreendia sua “ingenuidade” em lavar todas as suas roupas, e, pensava: como alguém pode dizer que ele não está “pronto” para a UA? Hoje entendo que não teve nada de ingênuo, foi um ato que apontava para seu desejo e colocava limites nas atuações da equipe. Note-se que as atuações de João não eram mais transgressões ou destruições, não ia mais em direção à morte, mas sim de seu desejo. Busco explicações nas palavras de Fingermann (2009, p. 60) apesar de não se tratar de uma experiência psicanalítica *stricto sensu*, há um giro do sujeito:

Uma experiência psicanalítica trata desses mal-estares do homem da civilização e, no fim, no final de todas as voltas de seu método terapêutico, permite que o tempo seja encontrado: o momento oportuno do desejo, quando

não escoar na deriva e no adiamento, e lança mão do ato que faz do instante evento.

Pouco tempo após essa cena, João foi inserido na UA e surpreendeu os profissionais, pois conseguiu estar de outro modo no laço social: morando e dividindo o espaço com outros adolescentes, interrompeu o uso de crack, passou a frequentar a escola e, assim, parou de quebrar e se quebrar.

O técnico da UA o ensinou a andar de skate e João começou a utilizá-lo para circular pela cidade. Foi até o CAPS cumprir seu PTS, ao Itaú Cultural onde se encantou com os quadros expostos e passou a frequentar o Parque do Ibirapuera para andar de skate aos finais de semana, acompanhado de outro adolescente da residência.

Falou aos profissionais a sensação ao andar de skate: as “emoções” que sentiu. Comparou com o que sentia na rua, ao mesmo tempo que sentia medo, agia como se não tivesse medo de nada. Se deu conta como trocou o modo de sentir “medo”, “adrenalina” em sua vida. Contou que a equipe da UA percebeu que os adolescentes mudaram após a entrada dele, antes ficavam em silêncio, agora conversavam e se colocavam. Ressaltou que ele e seus novos amigos cuidavam da casa.

Depois de uns dias na UA, João compareceu ao CAPS e conversou com Chica, disse que estava muito difícil ficar na residência, pois o espaço remetia ao seu pai. Trouxe muitas lembranças de sua infância, quando seu pai o trancava em casa e ele gritava para a vizinha, sua madrinha, trazer comida a ele. Muito parecido com o modo em que ele pedia comida no CAPS. Habitar uma casa provocou efeitos em João, ele mesmo pôde articular o mal-estar com sua história e direcionar para um espaço com as referências.

Na UA era muito comum, os profissionais ficarem frustrados quando um usuário não “aderia” ao tratamento, “evadia” do equipamento, descumpria as regras e ficava dias longe da UA. Pareciam não compreender como os adolescentes não aceitavam uma oferta tão amistosa de “casa, comida, roupa lavada”, ignorando que os efeitos de habitar uma casa podia trazer angústia a eles.

A afirmação da proposição de casa busca enfatizar a complexidade de experiências concretas de aquisição e/ou aprendizagem de habitar os espaços, de vivenciar as oportunidades da vida cotidiana, de compartilhar um local. É importante ter presente, ainda, que nos processos de reabilitação, a noção de casa remete, também, à ‘possibilidade de visitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades’. (Brasil, 2015, p. 30).

Em um atendimento domiciliar, João me pediu para visitar seu pai novamente, sugeri a ele escrever uma carta para colocar no papel o que gostaria de dizer a ele. João discordou, não era isso que queria: “quero ficar frente a frente com meu pai” (*sic*). Coloquei que o pai poderia não querer ficar frente a frente com ele novamente, perguntei se não era importante ele pensar mais, João respondeu que já havia pensado bastante, desde o dia em que entrou na residência.

Sustentamos sua decisão, Nara e eu o acompanhamos até sua cidade para pegar seu histórico escolar e visitar seu pai. Durante o percurso, João colocou que estava em dúvida se queria mesmo ver o pai. Foi revisitando os lugares que passou a infância, os reconhecendo e desconhecendo, achou seu “orfanato”, mas não se lembrou da escola que estudou. Fomos até a casa de seu pai, porém João não quis encontrá-lo, desistiu de bater na porta. Passou em frente à porta e seguiu procurando o local onde morava sua madrinha, mas não encontrou, entendeu que a casa estava diferente. Não se reconheceu nos lugares que viveu, disse que tudo estava “pequeno”, a escada parecia menor. Ao decidir não ver o pai, João se posicionou em relação ao pai, podendo se colocar em relação ao seu desejo. Parece que pôde construir uma outra história, apesar deste pai. Pediu para ir à “Praça da Moça”, seu “primeiro refúgio” (*sic*). Também não se reconheceu: “não parece que morei aqui” (*sic*), tirou fotos no local em que costumava dormir. Retornou tranquilo para sua nova morada.

Dias depois, me pediu para acompanhá-lo ao CAPS AD para fazer exame de sangue, João estava orgulhoso e feliz com suas mudanças. Me apresentou e se referiu a mim como “minha fonoaudióloga” (*sic*). Relatou que quase cortou a boca fazendo a barba na casa e exclamou: “imagina se eu corto a boca e não consigo falar!” (*sic*). Eu devolvi a pergunta, pensando que ele era muito “tagarela” e “falador”: “imagina João! Se você corta a boca e não consegue falar?” e ele respondeu: “eu ia voltar a quebrar!” (*sic*). Disse que se fosse mudo teria que falar quebrando como fazia antes. De acordo com Viganò (1999, p. 44) “o êxito feliz de um ato é aquele pelo qual o sujeito no ato consegue dizer bem. Aprende a falar, se preferirem. É esse ato que se trata de construir”.

João teve algumas “recaídas”, mas quando fazia uso abusivo conseguia voltar para casa e não se destruir como antes. Fez amigos e conviveu, conseguia escutar e sustentar as conversas e assembleias, mesmo quando as pessoas o criticavam. Estava indo à escola, contava das coisas que estava aprendendo lá. O foco do acompanhamento não estava na interrupção do uso, mas em um corte nas repetições e movimentos em direção a morte, ou seja, numa mudança de posição em relação ao seu desejo e gozo. Ao falar de suas mudanças, João se estranhou: “esse

João não sou eu, é o João que as pessoas querem que eu seja” (*sic*). Colocamos que esse também era ele, experimentando novas experiências de vida.

O objetivo de João entrar na casa era estar com outras pessoas, não ficar mais solitário, mas continuar sozinho na direção de seu desejo. No entanto, como esperado para um adolescente, se agrupou com Pedro e outros adolescentes da residência, cedendo seu desejo para se identificar com o que exigia o grupo. Como já mencionado no caso de Pedro, passaram a fazer uso abusivo de thinner e cometer transgressões juntos. Retornavam para a UA sob efeito do uso, desafiavam os acompanhantes, não faziam as tarefas, desobedeciam às regras, desorganizando a rotina da casa.

Em conversa com o adolescente, colocamos que ser amigo de alguém, não significava “virar” a outra pessoa, já que ao se aproximar de outros adolescentes começou a agir conforme o grupo e assim se perdia. Acabava se prejudicando, pois devido à sua intensidade se expunha pelo grupo. Tentávamos resgatar a singularidade de João no grupo, pontuamos que havia uma repetição da relação com sua irmã, em que tentava protegê-la, mas acabava se destruindo. Falamos também que na dinâmica com as novas amigas, João desaparecia, uma vez que agia de acordo com o desejo do outro, estava fazendo o que imaginava que o outro queria que ele fizesse. Os outros adolescentes não tinham a mesma “gravidade” de João, pois este apresentava uma situação mais vulnerável, então entrar no movimento grupal era mais danoso a ele, que ficava em risco de retornar ao movimento mortífero.

Como dito, os movimentos de João eram esperados para um adolescente, porém começou a se tornar, para a equipe da UA, um motivo para não permanecer na casa, pois não estava “cumprindo os combinados”: ir à escola, trabalhar, fazer as atividades da residência. Perde-se de vista o processo, quando já se tem um objetivo final. Tínhamos muito o que trabalhar com ele ainda, mas quando as repetições retornaram, João passa a não ter mais perfil para a residência, pois não correspondia mais as exigências do serviço.

Novamente, um conflito, pois as referências do CAPS não concordavam com o encerramento do processo. Entretanto, a equipe da UA começou a trabalhar a saída da residência e entrada em um albergue, investindo numa passagem sem destruir as coisas ou a casa como fazia antes, o que, pela avaliação da equipe, era um progresso. Concomitantemente, João começou a passar noites fora e assim que a vaga em albergue foi disponibilizada, foi feito seu desligamento da casa.

Fato é que era necessário um corte, embora eu discordasse da saída da casa que aconteceu como uma ruptura, numa leitura retroativa, foi possível observar que tal ruptura teve efeito de um corte, importante para João se implicar em suas questões.

8.3. Kelly e a UA

Há um recurso, Madalena...

(Gilberto Gil)

Após a alta da internação e o retorno quase imediato para a Cracolândia, Kelly voltou ao CAPSi, junto com seu irmão Ricardo, ambos acompanhados por um redutor de danos do AD. A adolescente chegou ao CAPS dois anos após sua inauguração, o equipamento estava mais organizado, a equipe mais coesa, com processos de trabalho mais definidos, um ritmo de trabalho que produzia efeito nos casos.

Durante o acolhimento com uma auxiliar de enfermagem, a adolescente disse que compareceu ao serviço para acompanhar o irmão e porque estava com saudades de mim. O redutor de danos propôs a admissão em hospitalidade noturna, realizamos acolhimento compartilhado e Kelly aceitou a proposta: “quero algo diferente e vou ficar por um tempo para ver se gosto” (*sic*). É possível notar efeitos do discurso dos redutores de danos que também já tinham uma relação de cuidado estabelecida com ela, construída durante as abordagens na rua, tal relação fez toda a diferença para seu tratamento.

Entre idas e vindas ao CAPSi e hospitalidade noturna, uma relação foi sendo construída com Kelly. Encontrei possibilidades de sustentar uma outra clínica que se afasta do foco na “dependência química” com alguns profissionais do CAPS AD: os redutores de danos e um psicólogo, que se tornou referência da adolescente. Desse modo, seu cuidado foi compartilhado com o AD, a partir de discussões do caso entendemos que o objetivo da hospitalidade noturna era aproximar as equipes e a adolescente, para trabalhar as questões que lhe causavam sofrimento. Além de um investimento no contato com a família e a rede de cuidados. Havia uma mudança no discurso da equipe do CAPSi, o acompanhamento no leito passou a ser visto de outro modo, se afastando da ideia de “merecimento” e da vontade dos usuários em se tratar e mudar de vida. Agora a proposta do dispositivo estava centrada na escuta para o usuário.

Kelly participava dos grupos, oficinas e ficava tranquila na convivência, sua presença alegrava os profissionais. Devido a seu encantamento, Kelly tinha três referências no serviço: Rita, a enfermeira Virgínia e eu, respondemos prontamente seu pedido de incluir uma terceira referência. Fazia as atividades propostas ou inventava uma: tocava “Saltimbancos” e “Asa Branca” no violão, fazia tricô, desfilava pelo CAPS, encenava nos corredores a vida que queria para si. Andava pelos serviços dizendo que seu marido estava em casa a esperando ou que estava atrasada para buscar os filhos na escola, de um modo teatral e com muitos jargões como “tá querida?” (*sic*). Provocava um efeito de riso nos profissionais, que se divertiam e entravam na brincadeira. Quando estava no leito, fingia estar em um hotel de luxo, em um spa, andava pela convivência com uma toalha na cabeça, dizendo que havia acabado de tomar um banho de banheira. Criava uma personagem para colocar seu desejo em cena. Um outro modo de dizer era através da “negação”, seu discurso se apresentava sempre na negativa quando afirmava algo: “não roubo, não mato, não me prostituo, peço dinheiro e comida na rua” (*sic*).

Pode-se dizer que ela era “adequada”, termo muito utilizado para descrever os usuários, “aderiu ao tratamento”, uma vez que cumpria as atividades e não “causava”. No entanto, as roupas que usava não eram vistas como adequadas para alguns profissionais do AD, que se incomodaram com o fato do CAPS infantil doar saias para ela usar, alegavam que estávamos a incentivando a se vestir como mulher. Esse nunca foi um impasse para os profissionais do “infantil”, apenas quando se tornou questão para a adolescente, como veremos a diante.

Fato é que ainda tínhamos pouco conhecimento sobre a população LGBTQIA+ naquele período, havia poucas discussões sobre o assunto na sociedade em geral. Buscávamos informações com serviços especializados e quando aparecia algum impasse através de falas preconceituosas dos profissionais, discutíamos a questão insistentemente nas reuniões de equipe. Não se tratava de inibir as falas, era importante que elas aparecessem e fossem direcionadas ao espaço das reuniões para que pudéssemos destrinchar o assunto e assim desconstruir estigmas juntos.

Após um período em HN, as duas equipes decidiram investir em outro dispositivo: a Unidade de Acolhimento, devido a relação estabelecida com o serviço, a situação de risco e vulnerabilidade que se colocava na rua e por seus vínculos familiares estarem rompidos. O objetivo era trabalhar questões que geravam sofrimento em sua história, não houve impasses em sua entrada, pois, como Pedro, a adolescente correspondia às demandas do serviço naquele momento.

A entrada de Kelly na UA foi tranquila, correspondeu a um ideal num primeiro momento: diminuiu o uso de substâncias psicoativas, fazia as tarefas da casa e à tarde fazia tricô. Participava com frequência dos grupos, oficinas e outras atividades do CAPS, era protagonista nas assembleias: escrevia as atas e se posicionava nas discussões. Começou a participar do grupo de geração de rendas “Arte Sustentável”, por gostar de trabalhos manuais abriu-se mais uma possibilidade a ela. Foi goleira do time de futebol do CAPSi na Copa da Inclusão e faltou no serviço algumas vezes para assistir novela. Kelly falava que estava tudo “ótimo” em suas primeiras semanas na UA: “não tem fissura, não tem briga” (*sic*).

Retornou à escola, estudava em um CIEJA⁴¹ bem próximo a UA. Fizemos uma articulação com o CADS⁴², dois profissionais do equipamento conheceram Kelly quando realizavam um trabalho de abordagem na rua, estabeleceram vínculo e a acompanhavam desde então. O CADS ficou responsável pela articulação entre secretarias e tentariam uma bolsa de estudos para curso de manicure e cabeleireiro, a pedido da adolescente. Meses depois, ela começou o curso, financiado por suas referências do CADS, sua primeira impressão foi: “adorei por causa da diversidade. Gosto de ficar perto de pessoas parecidas comigo” (*sic*).

No entanto, essa imagem “adequada” ao desejo do outro não se sustentou, o sofrimento de Kelly começou a aparecer, conforme descrição em seu prontuário: tristeza, irritabilidade, aumentou frequência e intensidade do uso de maconha, álcool, cocaína, crack. Voltou a se colocar em risco, faltava na escola, nos grupos no CAPS e ia ao curso de cabeleireiro alcoolizada.

Como já dito, o tratamento no CAPS e na UA não estava destinado a usuários “adequados”, ao contrário, os dois serviços são destinados as pessoas em “crise” e em extrema vulnerabilidade. De acordo com Endo (2017, p. 119) “poderíamos supor que a clínica no SUS é uma clínica do *excessivo*, daquilo que ultrapassa os padrões conhecidos e familiares ditados nas cartilhas ministeriais sobre o atendimento em saúde mental”. É exatamente o que “excede”, aquilo que não se adéqua as regras que esses equipamentos devem acolher.

É exatamente aquilo não se “encaixa” que faz os usuários terem “perfil” para o serviço, o trabalho começa quando as repetições aparecem, como discutido nos capítulos anteriores, era

⁴¹ Centros Integrados de Educação de Jovens e Adultos (CIEJAs) são equipamentos públicos municipais criados para garantir direitos aos jovens e adultos que não puderam estudar na intitulada “idade certa” e atuam na direção de cumprir as três funções principais da Educação de Jovens e Adultos previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para essa modalidade, quais sejam: reparar, qualificar e equalizar as aprendizagens. Disponível em: file:///C:/Users/feffit/Downloads/LIVRO_CIEJAs-na-Cidade_WEB.pdf. Acesso em: 06 out. 2023.

⁴² Coordenadoria de Assuntos da Diversidade Sexual da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania da cidade de São Paulo.

neste momento que a equipe se desorganizava e enrijecia. No caso de Kelly, com alguns processos de trabalho já estabelecidos, podíamos sustentar o que “excedia” de outro modo.

Naquele momento, quando os adolescentes não correspondiam ao esperado e “causavam”, faziam “saídas não autorizadas”, tinham “recaídas”, a equipe não mais respondia com estímulos para adequá-los. Em outras palavras, quando as repetições apareciam, não respondíamos mais com a expulsão, mas sim com a escuta. Quando o adolescente estava na UA, essa configuração se estendia para tal dispositivo, havia um técnico e acompanhante de referência para cada usuário. Nesse sentido, a escuta dos profissionais aparecia no dia a dia da casa ou em visitas e atendimentos no CAPS. A lógica e discurso manicomial ainda fazia pressão, mas foi muito importante a escuta ter sido instituída enquanto dispositivo.

Como referência de Kelly, tomei como direção olhar para o “excesso”, aquilo que não se adequava, o que a “envergonhava” e não podia ser dito, ou seja, escutar seus “nãos”: “não roubo, não mato, não me prostituo”. As cenas fantasiosas da adolescente me indagavam, por um lado foi extremamente importante para estabelecer relações com os profissionais. Por outro, me incomodava, pois, a equipe (inclusive eu) ficava hipnotizada por seu jeito sedutor, divertido e apagava os acontecimentos que a fizeram estar ali, que depois explodiam em seus atos em direção à morte. Tratava-se de não se perder em sua sedução, para Kelly poder se implicar em seu sintoma, isto é, transformar o sofrimento em uma questão. Ainda com Endo (2017, p. 119-120) sobre os excessos:

A gravidade das patologias, as histórias de vida marcadas pela miséria, violência e humilhação, as condições precárias de atendimento nos serviços de saúde, tudo isso poderia ser definido como excesso. A *gravidade* dos casos presente nos atendimentos do CAPS pode ser revelada de diversas formas, e não apenas pelos sintomas de crise ou descompensação decorrentes de determinados quadros psicopatológicos, como as psicoses ou neuroses graves. O conteúdo grave pode estar presente na maneira extravagante habitual em que o paciente se manifesta para o clínico, sem necessitar de um estado de crise para se configurar esta forma de exaltação.

A adolescente participava esporadicamente do grupo “Manuscrito”, realizado por mim e uma enfermeira, onde levantávamos questões para além de sua imagem “adequada” ao desejo do outro. Na primeira sessão, pedimos para Kelly se apresentar aos outros participantes, a partir de um texto escrito. Ela pediu um livro para copiar, disse que gostava de escrever copiando, a enfermeira questionou: “você é uma cópia?” (*sic*) e Kelly respondeu: “às vezes” (*sic*). A questão se dissolveu nos efeitos que a adolescente provocou nos usuários, como ocorria com os profissionais, ela divertia o grupo com suas piadas e seu jeito caricato.

Tínhamos a impressão de que ela não aparecia em sua própria fala, contava sobre seu primeiro amor, namorado, etc, de uma forma um tanto distanciada, como se não houvesse sofrimento. Em suas produções escritas apareciam cópias e jargões, para responder à pergunta “Quem sou eu?”, inventou uma personagem, escreveu uma “adivinha” em forma de verso:

“Quem sou
uma doméstica dona de casa
Meu marido é tremendo safado
E o meu filho puxou o danado
Minha filha funkeira danada
Na cabeça um (SI) e piolho Quem sou eu?”.

Na brincadeira com as palavras, finalizou com a pergunta, deixando qualquer definição em aberto. Inegável que o efeito de riso provocado no outro era exatamente por Kelly não ser aquilo que aparecia em seu discurso. O enlaçamento ao outro era feito por aí, o encantamento dos profissionais se dava pelo que ela não era, ou seja, por ela não ser o que afirmava ser. A brincadeira funcionava pois não estava de fato em um hotel de luxo ou tinha uma família “tradicional”, era isso que enganchava os profissionais e usuários em sua figura.

Dias depois, fez uma história em quadrinhos no grupo Manuscrito, em que escreveu: “eu me sentia feliz mas tudo aquilo era uma ilusão” (*sic*). Aos poucos, a pressão da pergunta “Quem sou eu?” aparecia nos atendimentos no CAPS e na rotina da UA. Kelly começou a falar sobre as dificuldades na relação com os pais, chorava durante os almoços na UA, pois sempre se lembrava da mãe nos momentos de refeições. Sentia-se culpada pela mãe ter começado a usar drogas e estar na Cracolândia, e, frustrada quando se deparava com a impotência de conseguir ajudá-la, mais ainda, por não ser este o lugar esperado para uma mãe.

Relatou que seu pai sempre cuidou bem dos filhos e que ficou com a mãe após a separação, pois era mais apegada a ela. Kelly queria muito morar com o pai, isto é, ser aceita e amada por ele. Foi em busca do amor do pai durante todo o seu processo, muitas vezes, num movimento incessante e repetitivo como o uso de drogas. Tentava uma aproximação com o pai, o visitava aos finais de semana, porém, ele não permitia que ela ficasse em sua casa por muito tempo. Jaime não aceitava o fato da filha ser transgênero, proibia que fosse à sua casa vestida de mulher.

Convocamos Jaime algumas vezes para atendimento familiar, este se dizia disponível, mas não comparecia às sessões. Após as tentativas fracassadas, o técnico da UA (Tom) e eu decidimos realizar um atendimento domiciliar na casa do pai. Ao buscá-la na residência, Kelly estava com um vestido curto e uma estola envolvendo seus braços, “look” que eu descrevi como “vestida para o Oscar”. Perguntei se ela tinha certeza de que gostaria de ir assim, Kelly disse enfaticamente “tenho”, indaguei: “você sabe o que pode acontecer, né?”. A adolescente respondeu com um “sim” mais enfático ainda, então, fomos visitar seu pai. Não se tratava de repreender a escolha de sua roupa, mas de constatar se ela estava “preparada” para as possíveis consequências do ato. Ao mesmo tempo, entendia a importância de Kelly bancar sua posição e procurei sustentar a decisão junto com ela, ficando um tanto orgulhosa por sua coragem.

A adolescente não quis entrar na casa do pai, ficou conversando com os conhecidos que trabalhavam no estacionamento. Jaime nos recebeu bem, retomou a história da filha: aos oito anos os pais se separaram, pois Eva era usuária de substância psicoativas. Os quatro irmãos ficaram com o pai e ela continuou morando com a mãe. Tempos depois pediu para morar com Jaime, pois Eva não cuidava dos filhos e usava cocaína na frente das crianças. Ele pediu para a filha esperar uns dias para ele se organizar, porém ela não esperou e fugiu de casa. Ficou desaparecida por anos e quando voltou a encontrá-la, estava em situação de rua.

Jaime morava com os filhos em um quarto nos fundos do estacionamento onde trabalhava como segurança. Os irmãos mais novos estavam em casa, a irmã ajudou a contar a história, lembrou-se de datas e detalhes. O pai disse que não recebia a filha pois tinha receio dela realizar roubos no estacionamento e que pudesse influenciar os irmãos a usar drogas e ir para a rua: “uma maçã podre pode estragar o cesto todo” (*sic*). Depois assumiu que não queria Kelly em casa por causa de suas roupas. Tentava mostrar que aceitava a filha, que o problema era o estacionamento, falava que se morasse em outro lugar não haveria problemas. No entanto, seu discurso o denunciava, aparecia claramente que não a aceitava. Jaime não utilizava marcadores femininos ao se referir a Kelly e a chamava pelo nome escolhido por ele: Arnaldo. Ao nos despedirmos, Jaime nos acompanhou até a rua e ao ver o modo como a filha estava vestida, ficou atordoado, indignado, não conseguindo mais esconder seu incomodo.

Tentamos dar continuidade ao trabalho através de atendimentos familiares semanais no CAPS, mas Jaime compareceu em apenas uma sessão. Confessou que não aceitava a filha vestida de mulher, colocou que em sua casa tinha regras e Kelly teria que segui-las se quisesse ficar lá. O pai a silenciou, a adolescente não falou nada durante a sessão, apenas concordou com

ele, afirmando com a cabeça. No final do atendimento, deu vinte reais para a filha comprar material para o curso de cabelereiro e se despediu.

Na sessão seguinte, Jaime faltou, realizamos o atendimento apenas com Kelly, que mesmo sem a presença do pai, não conseguiu dizer o que sentiu com as falas dele. A adolescente começou a faltar nos atendimentos com as referências e a passar dias fora da UA. Quando retornava, eram realizados acolhimentos, em que aparecia a “negação” em sua fala: “minhas recaídas não têm a ver com minha mãe, são problemas da vida” (*sic*) e assim interrompia as conversas tanto na UA como no CAPS.

Diante da dificuldade em acessar Kelly, Tom e eu realizamos um atendimento na residência. Retomamos como a UA estava sendo importante para instaurar mudanças na adolescente e em sua vida. Mas, colocamos também em questão os “excessos”, o uso abusivo de álcool e maconha, que estava atrapalhando a sua nova rotina: faltas no curso, escola, grupos etc. A adolescente ficou pensativa, mas se recusou a falar sobre seu sofrimento. Falei que gostaria de escutá-la para ajudá-la a refletir sobre os acontecimentos e não para reprová-la, ela apenas respondeu “tem coisas que não falo pra ninguém” (*sic*). Fiz a proposta de construir um espaço de fala mais “reservado”, um atendimento individual com uma das técnicas da equipe, ela se queixou: “mesmo assim todos vão saber” (*sic*), se referindo a “toda” equipe.

Naquele momento, não pude questionar, pois fiquei identificada com sua fala, era assim que funcionávamos enquanto equipe, as informações eram levadas as reuniões para “todos” profissionais. Tomei seu dito como transparente e concluí, antecipadamente, que ela não estava confortável para falar comigo ou com outros profissionais do CAPS ou UA. Então, propus atendimento individual em outro espaço, fora do CAPS e da rede, sugeri escolas de formação em psicanálise que ofertavam trabalho analítico para a população de baixa renda. A partir deste momento, passei a não mais escutar Kelly, ainda enraizada em uma clínica tradicional, tomei como direção o encaminhamento, pois ainda questionava se aquilo que estava fazendo era clínico.

O enquadre entre quatro paredes presente em minha formação ainda fazia pressão nas direções que eu tomava e no modo como eu era afetada. Naquele dia, quando cheguei na UA, Kelly ainda estava dormindo, então a acordamos e o atendimento foi realizado em seu quarto. Apesar da nossa presença ali ter sido importante para a adolescente e para o desenrolar do atendimento, fiquei incomodada, mais uma vez, com tamanha proximidade. Indagava como Kelly poderia trazer “conteúdos” para mim, se havia ido acordá-la e “invadido” seu quarto.

Havia aprendido que era condição para algo operar na clínica, uma distância corporal com o paciente.

Deparei-me aí novamente com o imperativo “não pode”, claramente, meu raciocínio ainda estava impregnado por uma clínica tradicional. Colada na fala de Kelly, concordava que não conseguiríamos manter um “sigilo”, já que as informações eram compartilhadas com a equipe. Ainda não entendia o que era uma equipe de CAPS e um trabalho institucional. Hoje vejo que não pude escutar o que era essencial no que ela dizia “toda equipe”, fato é que em alguns momentos a equipe funcionava como “toda”, operava com um saber totalizante sobre a adolescente.

Discussão encaminhada por Figueiredo (2020, p. 02) a partir da postulação de Freud (1921/1978a) sobre o fenômeno de massa ou grupo:

O indivíduo isolado pode ser culto e civilizado, mas, numa multidão, pode se tornar bárbaro, reduzir sua capacidade intelectual e agir por impulso, chegando à violência, à ferocidade e, até mesmo, ao heroísmo contrário a qualquer esforço de autopreservação. O grupo (ou massa) é crédulo e aberto à influência, não possui faculdade crítica nem admite o improvável. Pensa por imagens que se combinam por associação sem qualquer relação com a realidade. Seus sentimentos são sempre muito simples e exagerados, e não permitem espaço para dúvida ou incerteza. Tudo se passa nos extremos e, se uma suspeita é expressa, imediatamente se transforma em certeza, ou uma antipatia, e pode resultar em um ódio furioso.

O fenômeno de grupo opera pela via do amor ao líder ou ao ideal, por onde se dariam as identificações, por contágio (identificação histérica) ou via objeto idealizado e sua incorporação parcial. Segundo a autora (2020, p. 07), Freud se valeu da definição da perspectiva elementarista, de que “todo” é a soma das partes: “o ‘eu’ se organiza numa aparente unidade, ao modo da ‘boa forma’, amalgamando as partes, que são os precipitados das identificações numa ilusão narcísica e, portanto, imaginária, de se constituir como um ‘todo’”. E, também, se inspirou da definição da Gestalt, incompatível com a perspectiva elementarista, de que o “todo” é mais do que a soma das partes, nesse sentido, “o que o inconsciente registra se instala de modo fragmentário, podendo se combinar por partes na condensação ou deslocamento, mas sem nunca formar um todo”.

A partir dessa incompatibilidade, temos no fenômeno de grupo, o conceito de “narcisismo das pequenas diferenças”, tendência de vivermos em conflito com quem se parece conosco. As disputas ou confrontos tem como fator a rivalidade entre iguais, podendo levar à morte ou à aniquilação do outro semelhante. É uma obsessão para se diferenciar daquilo que

nos é familiar, isto é, as “pequenas diferenças” em povos que são iguais provocam sentimentos de estranhamento e hostilidade.

A pesquisadora (2005, p. 44) designa de “equipe igualitária”, aquela organizada enquanto grupo, isto é, sustentada na lógica do “todo”. Trata-se de um conjunto de idênticos, que se compõem em um todo, unidos e norteados por um líder ou ideal comum. O perigo é a equipe encarnar um saber totalizante, seja a equipe como um todo, seja individualmente em cada profissional:

na formação das equipes a pregnância das disputas imaginárias se manifesta muitas vezes pelo 'narcisismo das pequenas diferenças' sobre o que Freud tanto nos alertou como gerador de crises, disputas acirradas e mesmo, guerras e combates mortíferos. Essas disputas se dão, entre outras, na posse sobre os pacientes e o poder-saber sobre os casos, revelando uma incapacidade de partilhar o saber e as responsabilidades. E ainda, os julgamentos e avaliações precipitadas podem predominar em nome de uma expertise a priori. As palavras de ordem recorrentes podem ser: fulano não tem 'perfil' para determinado serviço, seja o ambulatório ou o CAPS, fulano 'não adere' ao tratamento, ou 'não aceita as propostas da equipe' etc. (Figueiredo, 2010, p. 04).

A autora (2020, p. 06) alerta que é preciso escapar do “efeito de grupo” ou “cola imaginária”, isto é, escapar do fechamento em si mesmo na via do “narcisismo das pequenas diferenças”. A formação em grupos como “cola”, produz efeitos de segregação e exclusão da diferença. Tal diferença é intrínseca à singularidade que constitui o sujeito, entretanto, o fechamento em grupos é fator inevitável, presente em qualquer agrupamento humano, sendo necessário minimizar ao máximo a sua expressão. De acordo com Elia (2015, p. 247), “por ser inconsciente, o desejo tem horror à unidade - sempre gestaltista - do eu. O inconsciente é aversivo a toda e qualquer forma de organização de grupo, que segue, em suas coordenadas determinantes, a mesma lógica do eu”. Nesse sentido, uma equipe de CAPS não pode se organizar enquanto grupo, mas sim pela ordem do desejo.

Diferente de João em que as disputas da equipe apontavam para uma expulsão do serviço, no caso de Kelly, o superinvestimento no caso, às vezes, resultava em uma ilusão de um saber totalizante sobre ela. Pelo fato não serem tomados pela repulsa, mas sim por uma implicação no caso, muitas vezes, o efeito era uma disputa de quem sabia mais sobre ela. Não dando espaço para um “vazio de saber” (Viganò, 1999, p. 42) necessário para que um trabalho operasse ali.

Como saída para a formação de grupo, Figueiredo (2020, p. 07) introduz a noção de “não-todo”, definida por Lacan (1985), que:

(...) inicialmente se refere ao feminino como um modo particular de gozo “não-todo”, inscrito no registro fálico da castração que ordena e regula o gozo. Isto é, há algo que escapa a essa organização fálica e se apresenta como um transbordamento, um gozo a mais. Mas também o “não-todo” pode ser entendido como o que não fecha, não tem unidade nem uniformidade; não se apresenta da mesma maneira regulada, permitindo a variação, o imprevisível e a surpresa. O que nos interessa aqui é justamente introduzir essa dimensão que excede a organização (do grupo), seja em sua unidade ilusória (narcísica), seja em sua normatividade regulada (ordem fálica).

O papel da referência era fazer “furo” no saber totalizante da equipe, entretanto, naquela cena, não pude exercer tal função, uma vez que fui complementar a queixa de Kelly. Assumi que ela não falava, pois, “todos vão saber”, assim tamponi perguntas importantes como: de que se tratava o “todo”, o que seria aquilo que ela temia que “todos” soubessem e se de fato estava impedida de falar. Havia algo que não levei em conta e que é esperado: a resistência ao tratamento. Eram questões que deveriam ser manejadas dentro do serviço e o trabalho em equipe dá subsídios para trabalhar a resistência em casos graves, isto é, o estabelecimento de uma relação transferencial em sujeitos com impasses no laço social. O modo de funcionar do CAPS contribui para a constituição de uma equipe “não-toda”: a alternância de profissionais “desespecializados” e as reuniões de equipe.

Para aprofundar a discussão, trago a teorização da “prática entre vários”, nome dado por Jacques-Alain Miller a uma modalidade inédita de trabalho com crianças autistas e psicóticas em um contexto institucional. Prática que tem referência à Psicanálise de Freud, segundo os ensinamentos de Lacan. Essa modalidade de trabalho surgiu em 1974, numa instituição chamada “Antenne 110”, localizada em Bruxelas, como um modo para lidar com os impasses no atendimento de crianças autistas e psicóticas, que estão apartadas de qualquer discurso social.

O contato com tal teorização foi um lugar para assentar minhas questões em relação aos atendimentos em grupo e o espaço de convivência. Acredito que o raciocínio é exemplar pois explica a importância de o sujeito estar entre vários profissionais e usuários, a partir do modo como as crianças autistas e psicóticas são estruturadas.

A “prática entre vários” é uma tentativa de tratamento da psicose em relação ao impasse ligado à transferência. Para a Psicanálise a questão da psicose relaciona-se com o Outro, invasivo, onipresente e onisciente que vai impor uma forma de gozo ao sujeito. Desse modo, nada mais coerente do que uma montagem institucional onde a alternância seja predominante.

A instituição oferece às crianças autistas e psicóticas, um abrigo em relação ao gozo mortífero. Trata-se do tratamento do Outro, que implica o profissional atuar como parceiro da criança. Para isso, é preciso estar despido da especialidade, quem dita a direção é a estrutura do sujeito. De acordo com Di Ciaccia (2005, p. 47):

Trata-se de um aspecto essencial de uma prática chamada “entre vários”. Cada um vale como parceiro da criança autista, não com base em sua especificidade de educador, especialista ou qualquer outra coisa, e sim com base na sua própria posição subjetiva, na qual está em primeiro plano o desejo do encontro, o desejo de usar tudo o que a estrutura significativa oferece.

A presença, a voz, a palavra de alguém pode ser muito invasiva para as crianças autistas e psicóticas.

Como em nenhum outro ser falante, a fala, para a criança autista, é real e não mostra o seu poder benéfico: em vez de afastar o sujeito do gozo, a fala é, ao contrário, o meio pelo qual o sujeito se confronta com o gozo mortífero, com o gozo em excesso, com o gozo sem regras e normas. Para a criança autista, a fala serve sobretudo para gozar, e não para dizer. Por isso, defende-se tanto dela quanto do gozo sem regras, que retorna no real de seu próprio corpo. Ao tapar os ouvidos, mostra defender-se das palavras alucinantes que provêm de um Outro intrusivo. (Di Ciaccia, 2005, p. 35).

Sendo assim, toda demanda endereçada a criança é inoperante ou tomada como pura agressão, o simbólico não serve como obstáculo ao excesso de gozo:

a criança autista talvez tenha muita dificuldade de escutar aqueles que cuidam dela – pais, educadores e terapeutas – justamente porque essas pessoas ocupam automaticamente uma posição que é extremamente perigosa para ela. Dessa mesma frase, todavia, é possível deduzir um convite para que sejam inventadas outras modalidades de se tornar parceiro da criança autista, a fim de que a palavra possa fluir e ser acolhida. (Di Ciaccia, 2005, p. 43).

O autor afirma que a criança autista trabalha sozinha para se defender do gozo:

Trata-se de tentativas feitas pela criança autista, exclusivamente com seus próprios recursos, de instaurar um mínimo de vida, uma vez que a vida, ao menos a vida humana, é regida pelo simbólico. (...) Mas como esse ajuste simbólico mínimo se introduz? Ele se introduz por intermédio de um certo movimento que a criança autista faz, valendo-se de seus objetos. Trata-se, concretamente, de tentativas de construção feitas pela criança autista, nas quais o que pertence à ordem do significante – o mais e o menos, o ir e vir, o abrir e o fechar, em suma, uma batida em dois tempos – aplica-se, de forma automática, ao objeto que pertence a ela – não somente àquele que está sempre

com ela, mas também a seu próprio corpo, vale dizer, a um apêndice qualquer que funcionalmente é parte do corpo, por exemplo, o muco ou a saliva. Isso produz uma ínfima, porém eficaz, organização do gozo. Esse trabalho, portanto – trata-se, de fato, de um trabalho – é produzido por meio de todo um tipo de manipulações ou ajustes do corpo. (Di Ciaccia, 2005, p. 36-37).

Nesse sentido, o tratamento implica tratar o gozo, por meio de uma invenção particular da criança. O profissional deve ser “parceiro” da criança, isto é, saber se posicionar como um outro, capaz de excluir aquilo que provoca o gozo excessivo. Trata-se de fazer funcionar o Outro da fala, porém furado no que concerne o excesso de gozo. Uma “palavra furada” que corresponde a posição de um Outro regulado pelo simbólico, limitado, não-todo. A partir daí, Di Ciaccia (2005, p. 45) descreve o que é ser parceiro da criança:

eles devem inventar o encadeamento de um trabalho já iniciado pela própria criança autista, a partir das manipulações que faz com o próprio corpo e com os objetos que a completam, a fim de elevá-los à dignidade de significantes. Em vez de interpretar as manipulações que a criança já faz por conta própria, é necessário criar uma modalidade que eleve essas manipulações à dignidade de metáfora de sua posição subjetiva.

Cada membro da equipe deve acolher as construções do sujeito sem ser invasivo, sem demandar algo a eles, mas oferecendo opções. Atos que parecem sem lógica, repetitivos, estereotipados são soluções que o sujeito encontra para estar no laço, isto é, são construções da criança para se defender do Outro e suportar sua presença. É preciso acompanhar o sujeito nas suas andanças e nos seus atos para conseguir uma aproximação possível. Exige criatividade do profissional para pôr em série as manipulações da criança, tal encadeamento é uma elevação do objeto a estatuto de significante. Cada profissional pode se arriscar e se autorizar a propor algo inédito que possa deslocar a visão muitas vezes estereotipada e fixa que a própria equipe possa ter de cada usuário. Uma intervenção, uma palavra do parceiro dirigida ao Outro do sujeito, pode apaziguar, ou negatizar seu gozo, barrando-o. Desse modo, as invenções das crianças dão as direções à equipe, que procura extrair a lógica dessas construções e utilizá-las a favor do sujeito.

O parceiro deve apresentar-se frente à criança despido de sua especialidade (seja ela fonoaudiólogo, psicólogo, psicanalista ou qualquer outra) e a partir de sua própria posição subjetiva, isto é, sua própria presença, munido de um desejo de encontro. Cada um vai olhar e se aproximar de um modo particular, mas não como um especialista que tudo sabe. É preciso se deslocar de um conhecimento prévio, que espera respostas já determinadas, uma vez que isso

se torna uma demanda à criança e é intrusivo para ela. Segundo Baio (1999, p. 56) “essas crianças se dirigem principalmente àqueles que parecem não saber”.

A relevância da composição “entre vários” está aí, na intervenção e estilo de cada um da equipe. Na oferta de diversas intervenções que podem abrandar o sentimento de invasão, uma vez que se colocam disponíveis, permitindo as crianças fazerem a regulação de suas aproximações e distanciamentos em direção aos adultos. A criança circula entre os diversos profissionais e pode encontrar um Outro desordenado na figura de um deles. Como afirma Zenoni (2002, p. 23, tradução da autora)⁴³:

Cada profissional pode ter seu estilo próprio, seu modo de estar presente “distraidamente” ou atentamente, seu humor ou sua seriedade, cada profissional pode ter suas responsabilidades específicas, mas cada um deve contribuir para presentificar uma figura de grande Outro, que propicia o sujeito ter um lugar sem a ruptura da passagem ao ato. Percebe-se imediatamente que presentificar uma figura pacífica do Outro, promover uma certa atmosfera de vida em comum, torna a estadia mais habitável para todos, não é privilégio ou o dever de um só profissional, mas só pode proceder a partir de uma direção de trabalho partilhada por todos os profissionais, para além das competências de cada um. É a natureza da clínica aqui em questão que exige uma resposta “entre vários”, que exige a formação de uma equipe.

A pluralidade de discursos protege as crianças e adolescentes de serem capturadas pelo gozo mortífero do Outro que é sempre devastador. A alternância de sujeitos, desejos, encontros tem efeito de corte de gozo, ainda com Di Ciaccia (2005, p. 46), a “descontinuidade na presença dos parceiros da criança autista, cujo funcionamento permutativo, porém regido, facilita a instauração do Outro regulado e limitado, bem como impede o surgimento de único parceiro e a fixação da criança nesse parceiro”. O profissional deve destituir-se da ilusão de ser o único parceiro e que tudo sabe sobre a criança. Muitas vezes, no instante clínico, a presença de um profissional pode se tornar invasiva para a criança, nesse caso, a entrada de um terceiro parceiro na cena produz um corte, que apazigua a situação. Os papéis não são fixos, um profissional pode ocupar o lugar de um terceiro em uma cena e em outra ser motivo de angústia. Não há hierarquia entre saber e poder, mas sim parceria na construção clínica, a ideia é sempre recorrer

⁴³ Chaque praticien peut avoir son style propre, son mode d'être présent “distraitement” ou attentivement, son humour ou son sérieux, chaque praticien peut avoir ses responsabilités spécifiques, mais chacun doit contribuer à présentifier une figure de l'Autre qui doit permettre au sujet d'y avoir une place sans la rupture du passage à l'acte. Il apparaît tout de suite que présentifier une figure pacifiante de l'Autre, promouvoir une certaine “atmosphère” de vie en commun, qui rend le séjour plus vivable pour tous, n'est pas l'apanage ou le devoir d'un seul praticien, mais ne peut procéder que d'une orientation de travail partagée par tous les praticiens, au-delà des compétences de chacun. C'est la nature de la clinique ici en question qui exige une réponse “à plusieurs”, qui exige la formation d'une équipe.

a outros parceiros, em um jogo permutativo, em um revezamento contínuo entre os profissionais.

Por fim, trata-se de permitir a criança estar mais inserida possível no laço social. Trata-se de a instituição adaptar-se a criança, não adaptar a criança a instituição. É uma “instituição sob medida para cada criança”, não há um método que serve para todos, o que conta são as preferências, escolhas, invenções e soluções encontradas pela própria criança.

Note-se que tal teorização tem seu arcabouço constituído a partir do tratamento das psicoses, entretanto, Di Ciaccia (2005, p. 54) aponta que é possível sua extensão também para outras estruturas e fenômenos clínicos:

A nosso ver, a prática entre vários é possível, não apenas quando cada questão analítica está obstruída, mas também quando a aliança entre o sujeito e o significante se torna frágil, em decorrência de uma nova aliança que se revela um pacto entre esse sujeito e o gozo mortífero. Para nós, são casos em que a prática entre vários poderá mostrar sua validade operativa. Trata-se, exemplificando-os, de casos graves de toxicomania, anorexia ou bulimia. A prática entre vários, em suma, pode se tornar operativa toda vez que o gozo se sobressair e neutralizar a capacidade de o sujeito demandar ao simbólico que este o salve da pulsão de morte.

Há uma escassez de literatura no que diz respeito ao tratamento institucional da neurose a partir da “prática entre vários”, no entanto, concordo com Di Ciaccia quando afirma que a presença de vários profissionais é efetiva também para esta clínica. Para João, Pedro e Kelly, uma clínica tradicional foi insuficiente, exigindo uma resposta institucional ao sofrimento. De acordo com Zenoni (2002, p. 21, tradução da autora)⁴⁴:

[O trabalho institucional] é necessário quando as modalidades devastadoras do “retorno ao real” da pulsão ameaçam a sobrevivência ou simplesmente a vida social da pessoa em sofrimento. Caso contrário, ela mesma ou as pessoas que a rodeiam correm o risco de serem expostas a consequências dramáticas.

Dessa forma, tais instituições não servem apenas aos sujeitos com “transtornos mentais” ou psicóticos e autistas, população ao qual são destinados a maioria dos estudos. Conforme já discutido, os casos “graves” não são definidos pelo diagnóstico médico e supostos “graus” de

⁴⁴ (...) est nécessaire lorsque des modalités ravageantes du “retour dans le réel” de la pulsion menacent la survie ou simplement la vie sociale de la personne qui en souffre. Faute de quoi, ele-même ou son entourage risquent d’être exposés à des conséquences dramatiques.

transtornos, mas sim pelo modo como estão posicionados no laço social. Como nos explica Dias (2022, p. 131):

Destacamos que o conceito de *caso grave* endossado nesta pesquisa é aquele que se direciona pelas dificuldades no laço social apresentadas pelos sujeitos, para além de sua estrutura ou mesmo sua compreensão diagnóstica, demarcando que a questão da gravidade, para a psicanálise, estaria centrada no sintoma que o sujeito produz e os impasses que tais arranjos sintomáticos produzem em seus laços sociais.

Os “neuróticos graves” são aqueles em que apresentam impasses no estabelecimento da transferência aos moldes tradicionais devido ao modo como o sujeito está posicionado em relação ao gozo. Conforme ilustrado com João, Pedro e Kelly, são sujeitos que estão no laço social de modo mortífero. A questão da neurose relaciona-se com o Outro que sabe do sujeito: “o que será que falta no meu gozo e que o outro sabe o que é?”. Seguindo essa linha de raciocínio, o clínico será convocado a ocupar na transferência o lugar do Outro do sujeito. Segundo Quinet (1991, p. 77):

Para o neurótico, nunca é chegada a “hora da verdade” de seu desejo: há sempre uma fuga, uma vacilação, uma escapulida, uma procrastinação. Se o neurótico está sempre perdendo a hora é por estar suspenso à hora do Outro – o que é correlato ao seu desejo de estar suspenso ao desejo do Outro: o neurótico deseja enquanto Outro.

Nesse sentido, torna-se importante diluir a transferência para promover uma ruptura com a posição de que há um mestre que pode tudo e tudo sabe. De acordo com Matet, Miller (2007, p. 04) a instituição é sempre solicitada como Outro substituto, isto é, o “fantasma do legislador: ali onde o Outro enfraquece, uma instituição o suplementa”. A montagem institucional com “várias transferências” opera um deslocamento no lugar de saber do Outro, do qual o neurótico é servo, assim, a questão não fica localizada em uma única figura.

Segundo com Quinet (2006, p. 36) “o discurso do mestre é o discurso da instituição, o discurso que institui, e seu avesso - o discurso do analista – é o que destitui o significante do lugar do mestre”. A instituição estabelece a posição dos profissionais a partir do discurso do mestre, desse modo, a presença de várias transferências pode promover um giro no discurso institucional e revelar que o significante-mestre (S_1) é apenas um significante, que não precisa necessariamente ser encarnado por ninguém. Assim, o revela exatamente como ele é: puro significante.

De acordo com Quinet, (1991, p. 128) “o sujeito poderá esvaziar esse objeto do gozo do Outro que lhe sustenta a fantasia. O objeto se desvela como não apresentando consistência alguma”. A alternância de profissionais significa várias possibilidades de oferecer uma figura diferente desse Outro. Trata-se de afrouxar as identificações-mestre de cada sujeito, estabelecendo laços desidentificados ao ideal do Outro, promovendo a queda do significante mestre e elucidando, assim, a sua inconsistência.

O dispositivo “entre vários” contribui também para destituir o lugar do profissional como único parceiro do usuário, ou seja, dilui o fantasma de cada técnico, operação que ocorre nas reuniões de equipe e será aprofundada adiante. De acordo com Mariage (2007, p. 63):

Cada um se implica como sujeito e com o que causa seu desejo. Além disso, terá de dar conta de seu encontro com esses sujeitos durante as reuniões clínicas, a fim de elaborar a clínica produzida pelo ato de cada um em relação ao dos outros. **Isso é essencial, pois é por esse viés que é possível àquele que intervém não trabalhar apenas com o seu fantasma.** A causa do desejo sustentada pelo fantasma pode assim transformar-se em desejo de saber. (grifos da autora).

Trata-se de uma presença não redutível à identificação social, a transferência atua numa suposição de saber ao Outro, então, a pluralidade de intervenções e discursos diferentes pode produzir um giro no discurso institucional e abrir espaço para o sujeito produzir um giro no próprio discurso.

Ora, propor uma alternância entre as atividades não seria algo próximo de se buscar o giro discursivo na direção do discurso analítico? Não estaria havendo aí a tentativa de se provocar, por uma manobra da transferência, uma mudança na posição de objeto em que se encontrava essa criança? (KUPFER, 1996, p. 27).

As posições no discurso mudam dependendo do lugar ocupado, a posição de “sujeito suposto não saber” deixa um “vazio” para o sujeito emergir e fazer uma questão sobre o seu sintoma. Como pôde ser observado no caso de João, em que estava fixado no saber totalizante das instituições. A presença de vários profissionais colocava outros significantes em circulação, o descolocando da posição de vítima do desejo do Outro, podendo, assim, formular uma questão sobre si. A alternância dos técnicos promove a oferta de vários discursos ao sujeito, podendo encontrar um Outro “suposto saber” na figura de um deles. Como ocorreu com Pedro e as conversas “triviais”, onde não havia demanda institucional, ele pôde se engajar.

De acordo com Fonseca (2020, p. 127) “a alternância entre um aqui e ali favorece que a criança não seja simplesmente capturada como objeto do outro”, nessa oscilação, pode emergir um sujeito que se interroga sobre o que quer, “nesse sentido, o que se pretende tratar não é um quadro psicopatológico específico, mas as formas que cada sujeito encontra de se colocar no mundo e o sofrimento que disso decorre”. Na perspectiva do neurótico, o que está em jogo é um ganho de saber. Trata-se de poder fazer um deslizamento da instituição enquanto lugar de grande Outro que coloca o sujeito no lugar de objeto.

A ânsia para que Kelly falasse me ensurdeceu, eu encarnei um saber totalizante e instaurei o imperativo: fale! O impasse é que a partir daí sigo nesta direção, como se algo só fosse funcionar se ela trouxesse “conteúdos importantes” para os profissionais em um atendimento individual. Apesar de não recuar do trabalho com Kelly em qualquer ambiente: casa, CAPS, Cracolândia etc., como efeito do caso, tinha a sensação de que ela não estava falando para a equipe. Tomando sua fala como signo, eu ficava presa no “não falo” que aparecia em seu discurso e insistia que ela precisava falar. Esperando um “conteúdo importante” e acreditando em suas recusas, não podia escutar que ela já estava falando.

Hoje questiono o que seriam esses “conteúdos” que eu tanto esperava que fossem ditos. Foi apenas num momento posterior, durante a escrita desta tese, que pude perceber o quanto havia um trabalho acontecendo ali, a adolescente falava muito e a equipe escutava, principalmente quando falava “não”: “não falo para ninguém”, “não me prostituo”, etc.

Era importante escutar também as encenações, quando dizia, por exemplo, que “estava noiva, iria se casar, seu marido a esperava em casa, precisava cuidar dos filhos”, um cotidiano trivial, que parecia como algo impossível de ser realizado. Como já dito, havia um efeito de chiste, isto é, sua fala tornava-se uma brincadeira, pois ali no “mundo de fantasia” estava um desejo interdito. Pelo fato de ser transexual, com os preconceitos em torno dela, já havia espaços pré-determinados para ela na sociedade e se casar e ter filhos não parecia um lugar possível naquele momento. Além de apontar para seu desejo, as fantasias apareciam onde havia sofrimento. De acordo com Bastos (2009, p. 80), ao discutir um caso clínico:

Para a clínica psicanalítica, não há diferença entre realidade e realidade psíquica. Esta última, quando se trata de um sujeito neurótico, é a própria fantasia, portanto não se pode tomar Mariana como uma mentirosa, mas, contrariamente, é a oportunidade de dar voz à verdade que há no dito desse sujeito. Não é ela que crê na fantasia, mas ela faz o Outro crer...!

Outros profissionais davam lugar para aquilo que em seu discurso soava para mim como uma “fuga”, tomavam aquilo como verdade, de fato, esses eram os “conteúdos” que precisavam ser escutados. Eu questionava as encenações, enquanto outros técnicos entravam na cena e acolhiam seu discurso de outro modo. A minha leitura do caso indagava a imagem que tentava mostrar para ser reconhecida no desejo do outro. Por isso o receio de que “todos vão saber” quem ela era, pois, se descobrissem seus desejos, poderia não mais ser amada. Aquilo que não era aceitável e precisava ser enfeitado para ser desejado. Presa na imagem que se remetia ao impasse com seu pai, pare ele, quem Kelly era, era muito feio.

Dessa forma, os profissionais eram afetados de modos distintos no instante clínico, foi esse “diferente” que me fez deslocou do lugar de um saber absoluto. Os efeitos que Kelly causava em cada profissional eram importantes para uma costura do caso durante as reuniões de equipe, sem hierarquias, todos os encontros contribuía para a construção do caso.

Trago aqui a função das reuniões de equipe como operador do trabalho no CAPS e da constituição do corpo de um clínico. Para que o lugar do clínico não se reduza a “qualquer coisa” é fundamental o espaço de discussão dos casos e construção dos processos de trabalho com uma equipe “desespecializada”. A partir dos relatos dos encontros dos técnicos com os usuários, é o momento de produzir um dizer sobre o caso em equipe, que impõe uma ética ao instante clínico.

A relevância das reuniões de equipe faz parte da mudança de paradigma na saúde, do afastamento do modelo biomédico, por isso é colocado como dispositivo essencial na Política Nacional da Humanização:

É preciso reconhecer que a forma tradicional de fazer gestão tem uma visão muito restrita do que seja uma reunião. Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário, é importante lembrar que reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião (Brasil, 2010a, p. 55).

No CAPSi Sé contávamos com reuniões diárias em que todos eram convidados a falar sobre os efeitos do caso para cada um: suas questões, impasses, impressões, experiências, acontecimentos e estranhamentos. Uma boa parte da carga horária dos profissionais era destinada as reuniões de equipe. Havia reuniões diárias de uma hora de duração e uma vez por semana havia o que chamávamos de “reunião estendida”, com três horas de duração em que era imprescindível a presença de todos os profissionais. Havia uma organização também para cada

microterritório do Centro que chamávamos de “mini-equipe”. Dividíamos os profissionais de acordo com as UBSs de referência do território e havia reuniões semanais com duas horas de duração.

A reunião de equipe não se reduz à troca de informações sobre o caso, não se trata de colher dados sobre o sujeito, nem o objetivar com um saber especializado. Trata-se de criar um espaço coletivo em que se fala do sujeito, todos são convidados a falar sobre aquilo que afeta o profissional de modo singular no instante clínico. Incluo no arcabouço teórico do clínico o trabalho em equipe, um dos pilares para sustentar a atuação dos profissionais.

Figueiredo (2005, p. 45) afirma que a responsabilidade do ato se situa no um a um, é solitário, mas não por isso intransmissível. Sendo assim, cada um traz a sua contribuição através de suas narrativas sobre o caso, para arranjar os elementos que trazem indícios da relação do sujeito com o seu sintoma. Promove-se a circulação de dizeres sobre o usuário e a articulação dos elementos trazidos pela equipe, tornando o sujeito efeito de um discurso e não um objeto a ser submetido a um método ou a um PTS burocratizado feito pela equipe. Desse modo, abre-se a possibilidade de descristalizar falas e lugares fixados ao usuário pela instituição.

A história do sujeito é contada e recontada pelos profissionais e a cada vez produz um efeito diferente na equipe, os fragmentos da história são montados e remontados, e se tece um texto coletivo. Articula-se aí as narrativas dos acontecimentos ocorridos no instante clínico e os manejos tomados pelos técnicos. Não se trata de julgar se os manejos foram certos ou errados, mas sim de produzir um dizer sobre o modo em que o profissional e usuário foram afetados na cena.

No caso de João, por exemplo, nas reuniões constatamos que a entrada de Chica na cena em um momento de agressividade podia acalmar o adolescente. E muitas vezes, a minha presença como referência o deixava mais agitado. Apostávamos na alternância de profissionais para esses momentos. A reunião foi lugar em que o efeito contraditório da fala de Pedro emergia, ele dizia a um profissional que queria parar de usar drogas e para outro que queria retornar para a Cracolândia. Tais fragmentos eram articulados nas reuniões e a contradição em seu discurso aparecia.

Era momento de tecer os fragmentos clínicos que ocorriam em cada espaço do CAPS, muitas vezes, uma situação de crise começava em uma sala, passava pela convivência e terminava na cozinha, por exemplo. O acontecimento ficava fragmentado, cada profissional vivia um pedaço da cena e durante as reuniões era possível costurá-los e construir uma narrativa sobre o percurso todo do usuário no serviço. Um fragmento pode ajudar a ler outro fragmento,

por isso, é importante a leitura de cada profissional sobre o vivido, ficando claro que não há um dizer melhor do que o outro quando se trata de efeitos.

O “entre vários” opera nas reuniões, um profissional pode olhar a cena de outro modo do que aquele que viveu a cena. Cada um traz a história de um sujeito e do vivido a partir de sua própria história, assim, os efeitos das narrativas na escuta de outros técnicos serão singulares, uma vez que são afetados pelos relatos, também, a partir de sua própria história. Nesse sentido, trata-se de introduzir significantes no discurso, a partir dos efeitos provocados na escuta dos vários profissionais.

Eu percebia a importância da especificidade da minha formação nesse processo, uma vez que o modo como os profissionais são afetados nas reuniões é também efeito das teorizações e formações de cada profissional. Saber que não é apenas aquele considerado “científico”, mas de outros lugares de formação, como a artes, música, teatro. Por exemplo, o modo como eu era afetada era diferente do modo que o oficineiro de música era afetado numa mesma cena. Eu falava a partir de um lugar, a leitura do caso vinha sob efeito de minha experiência clínica. O entre vários atua aí, as diversas especificidades se compondo em um discurso no momento da reunião. Ressalto que a teoria/saber não se reduz ao conhecimento acadêmico, há profissionais com diversos níveis de ensino e diferentes áreas de atuação, não se restringindo ao campo da saúde. E quando se trata de efeitos não há categoria de profissionais ou conhecimentos soberanos a outros.

Trago um breve relato clínico para ilustrar a discussão, uma TO e eu realizávamos o atendimento dos pais de um adolescente psicótico, Wagner, que estava em crise. Além da agressividade, o que incomodava a mãe era o fato de o filho apresentar uma evasão metonímica em sua fala, isto é, os significantes deslizavam na cadeia sem restrição. A fala não era dirigida ao outro e não fazia sentido a quem escutava. A mãe do adolescente se queixou: “Wagner está falando!” (*sic*). Fala que provocou um efeito de estranhamento em minha escuta, pois, acostumada com uma clínica de crianças que não falam, em que é comum os pais se queixarem do silêncio dos filhos, uma mãe se queixar do filho falar me fisgou. Para a TO, a fala passou despercebida, uma vez que de fato, Wagner estava falando demais e isso incomodava a todos. Então, não foi estranho a ela, a mãe se queixar da “falação” do filho. Não se trata de um saber das especialidades, mas sim dos efeitos provocados a partir da especificidade de cada uma. O modo distinto em que fomos afetadas durante o atendimento foi importante para compor a direção do caso.

A reunião é um espaço em que se opera uma separação entre o profissional e usuário, isto é, ao falar sobre o acontecimento clínico, o técnico toma distância da intensidade do que foi vivido e olha para a cena por outro ângulo. Lier-DeVitto e Arantes (1998, p. 69) discutem a heterogeneidade da interpretação do clínico de linguagem “em cena” e em momento posterior, “fora da cena”: “essa diferença sinaliza a passagem do ‘escutar’ na clínica para o ‘ler’, depois de clinicar”. Duas posições do clínico, em que na primeira está sob efeito das produções do sujeito, e, posteriormente se distancia da cena e procede uma leitura do material clínico.

Para Arantes (2001, p. 147) “essa distância da clínica certamente situa o clínico de linguagem numa outra posição, posição que implica distância do efeito imediato da fala do paciente. Trata-se mesmo de um olhar diferente”. A interpretação “fora da cena” permite o clínico ler o diálogo, olhar a fala do sujeito, do terapeuta e do jogo entre elas. Andrade (2000, p. 261) aprofunda a questão:

Refletir sobre os efeitos da fala, enquanto fonoaudiólogos, é tarefa que exige, em primeiro lugar, uma tomada de distância daquilo que nos afeta diretamente - a circulação de dizeres na clínica. Afeta tão diretamente que não é possível, nessa posição, reconhecer ou discernir entre aquilo que nos afeta e a própria afetação. Quer dizer, o imediatismo da fala na clínica não deixa lugar para uma separação nítida ou análise das falas que ali circulam. Nesse momento, a afetação traduz-se como uma “resposta” à presença daquele que fala. Fala e falante estão, no instante em que uma fala se produz, indissolúvelmente ligados. Um discernimento só pode ser produzido em momento posterior, momento de tomada de distância do instante em que a fala e seu efeito se produzem.

As duas dimensões de interpretação interferem na escuta do clínico, operam uma mudança de posição frente à própria fala e a do sujeito. Se debruçar sobre o caso em momento posterior, fazendo uma leitura retroativa do ocorrido é produzir um texto sobre o vivido. Falar sobre o encontro com o usuário nas reuniões é produtivo, pois o profissional assume outra posição, a distância permite a produção de elaborações e outro olhar para a cena.

Autores da Psicanálise e da “prática entre vários” colocam a importância da “construção do caso clínico” no trabalho em instituições. É o momento de fazer com algo com as falas trazidas pelos profissionais. De acordo com Figueiredo (2005, p. 47):

Trata-se de cernir os significantes do sujeito recolhidos no um a um, de reduzir as narrativas e as situações a um denominador comum a esses significantes que insistem, (...) significantes que representam o sujeito para avançar na oferta de algo que possa afetá-los e produzir algum efeito, seja como suplência ou elemento estabilizador. É aí que se pode definir o ‘projeto terapêutico’, e

fazer, então, um convite para engajar o sujeito em determinada tarefa ou atividade.

O intuito é produzir um texto diagnóstico que demonstra a lógica de um caso, considerando a particularidade do sintoma no processo de um tratamento. Ainda com a pesquisadora (2005, p. 45) “o que se partilha é o que se recolhe de cada caso, a cada intervenção, para se tecer um saber”. Sendo assim, o ato é partilhado nas reuniões e as narrativas são articuladas para a elaboração de um saber para além do individual, ou seja, para tecer um saber coletivo.

Em suma, trata-se de sustentar um discurso sobre o sujeito, costurado a partir da fala de diversos profissionais, ou seja, circular o saber que advém do sujeito e não do profissional, que só é possível numa leitura “fora da cena”. De acordo com Viganò (1999, p. 46):

A construção do caso, dentro do grupo, é um trabalho que tende a trazer à luz a relação do sujeito com o seu Outro, portanto tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito. (...) Não é um diagnóstico do sujeito, mas é um diagnóstico do discurso daquele momento. Não é um diagnóstico que afirma que ele é neurótico, psicótico, etc. A construção serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso.

A construção do caso clínico permite escutar os movimentos do sujeito em seu endereçamento ao Outro, assim excede a ideia de fechar um diagnóstico médico a partir de classificação de doenças. Por se tratar de um diagnóstico do discurso, não se trata da soma de informações, importa a articulação entre as falas que circulam na instituição, isto é, situar em qual discurso o sujeito é colocado. Desse modo, não há saber a priori, mas sim um saber que é tecido durante a construção do caso, que ocorre de forma longitudinal, como diz Elia (2015, p. 252): “o saber é construído no *curso do seu ato*”.

Viganò (1999) indica que o objetivo é chegar a um ponto de orientação, isto é, um ponto que faz a equipe tomar uma decisão e, assim, produz uma autoridade clínica. Ao invés de se submeter a uma autoridade que diz o que deve ser feito, como ocorre na visão biomédica, o debate democrático presente na construção do caso, produz uma nova autoridade, que não se confunde com “autoritarismo”, o autor a nomeia de “autoridade clínica”. Não se trata apenas de definir condutas do caso, mas da construção de um saber que autoriza a equipe enquanto coletivo a tomar decisões no tratamento e sustentar uma posição ética frente ao sujeito. É isso que deve operar na construção do projeto terapêutico singular, portanto, excede a decisão pelas atividades que os usuários irão realizar no serviço ou outras questões burocráticas.

Nesse sentido, a reunião de equipe é um espaço formativo, imprescindível para a construção do corpo do clínico. Devido ao “entre vários”, a reunião é espaço que comporta as surpresas dos profissionais diante de uma intervenção ou comentário, assim, os saberes individuais cedem e o que é dito provoca efeitos, posteriormente, no instante clínico. Isto é, no encontro subsequente com a criança ou adolescente, os profissionais contam com elementos novos para sustentar uma posição frente a eles, a partir da construção coletiva da “autoridade clínica”. Desse modo, a reunião de equipe tem como função a constituição da escuta dos profissionais, a partir da singularidade do caso. A tecitura do diagnóstico do discurso e a elaboração de um saber instauram a constituição de uma escuta para o caso no coletivo que estabelece uma posição ética frente ao usuário no instante clínico.

Sendo assim, mais do que dar definir condutas ou encaminhamentos, há algo que opera no instante da reunião, a construção do caso provoca efeitos e constitui a escuta dos profissionais, os deslocando do saber das especialidades para sustentar um saber coletivo.

O trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento. Esse corte vai ativar o desejo, o de ocupar aquele lugar, para aquele sujeito, que não é garantido pelos papéis, mas que pode ser ocupado somente com o próprio risco, com o desejo de se arriscar. (Vigano, 1999, p. 47).

Por fim, a reunião não serve à definição de condutas identitárias, isto é, não se trata da convergência de saberes múltiplos dos profissionais, a decisão não é tomada pela maioria, ou seja, não se trata de chegar a uma conduta em que todos concordam formando assim um “todo”, sua função ultrapassa tal ideia e serve para a construção do corpo do clínico. Nesse sentido, a reunião de equipe tem funções que garante o funcionamento do CAPS.

Além de sua função primordial (construção do caso, autoridade clínica e constituição da escuta), construir um espaço para falar sobre o sujeito é determinante para outras operações. Como dito, esse “falar” dos profissionais é produtivo, também, para a destituição do “narcisismo das pequenas diferenças”, isto é, do saber que se acredita ter sido obtido no encontro clínico ao acompanhar uma criança ou adolescente. O saber obtido se transforma em um saber que se refere à posição subjetiva do sujeito nas reuniões. Destituindo cada profissional do lugar daquele que sabe mais sobre o usuário, esvaziando a possibilidade de encarnar um

saber totalizante. Quando os técnicos assumem uma posição “vazia”, a reunião torna-se lugar para diluir os “narcisismos das pequenas diferenças”.

A reunião de equipe é o único lugar onde os dizeres dos profissionais devem ser levados em conta para, assim, as falas tomarem consistência. De acordo com Di Ciaccia (2005, p. 48):

A reunião tem a função de ser o único lugar em que se toma em consideração o que dizem os membros da equipe em relação à sua posição de sujeito do dizer. Tudo o que é dito fora da reunião não é considerado válido. Em outros termos, os julgamentos positivos ou negativos sobre o próprio trabalho e o trabalho dos colegas não são levados em consideração fora da reunião, mesmo que os membros da equipe não estejam proibidos, nem impedidos, de fazê-lo. Isso ocorre porque esses ditos pronunciados fora do contexto são considerados palavras soltas, a serviço de um gozo, frequentemente a serviço da pulsão de morte. A fala tem possibilidade de se tornar um ato para a equipe quando é um dito de um dizer responsável. De outro modo, trata-se de um blablá de um gozo infrutífero.

Lição aprendida com Bethânia que fazia um esforço para a reunião fazer sua função, direcionando todas as falas dos profissionais para tal espaço. A gerente enfatizava a importância de falar sobre as cenas vividas, principalmente, as situações de crise, nas reuniões. Remetia também para esse espaço, os conflitos entre profissionais, as “fofocas” e “picuinhas” que surgiam nos corredores e as falas queixosas sobre algum usuário que ficavam clandestinas no serviço. Nas reuniões, essas falas eram “formalizadas” e ganhavam outro estatuto, os profissionais se debruçavam sobre elas e assim, se transformavam em fragmentos para compor o caso e não mais queixas sobre usuários e trabalhadores. Tratava-se de transformar tais falas em trabalho, como Bethânia dizia.

Esses dizeres aparecerem na reunião, por si só, já era um ato que diluía o “narcisismo das pequenas diferenças” e transformava os embates e tensões entre a equipe em trabalho. Direcionar as “raivas” para as reuniões, evitava atuações dos profissionais com os usuários e fazia um corte nos efeitos nefastos do grupo. De acordo com Baio (1999, p. 59): “a função da reunião geral não visa tratar da equipe, mas serve para que esta última possa se manter na posição de um Outro regulado, ou seja, de um Outro que sabe-não-saber”.

Quando a reunião ganha outro estatuto, há responsabilidades que os profissionais têm que assumir. Tanto no um a um, uma vez que cada técnico é responsável pelo que diz, mas também no coletivo. Pelo fato da equipe de CAPS não ser um agrupamento de profissionais, Elia (2015, 250) coloca que é preciso ter “responsabilidade coletiva”:

cada um assume a responsabilidade mesmo pelo que não fez, já que cada um se vê implicado na lógica e na ética do coletivo (e não do grupo, em que as decisões acabam sendo "de todos", na lógica dos indivíduos, ou na lógica do grupo como Um - indivíduo, portanto). Responsabilizar-se mesmo pelo que não se fez individualmente é outra coisa, e evoca a responsabilidade mesmo pelo que não se sabe, a responsabilidade inconsciente que a psicanálise implica.

Cada profissional deve falar em nome da equipe, da instituição e sustentar o que foi discutido nas reuniões frente ao usuário e nas reuniões de rede.

Retomando o caso de Kelly, as reuniões de equipe e a composição “entre vários” do CAPS, foram essenciais para me deslocar do lugar de um saber absoluto sobre a adolescente. Como discutido no caso de Pedro, a equipe desorganizava diante das repetições dos usuários, foi o que senti na pele com Kelly. Trazer o “fale!” como imperativo era efeito de sua inércia em direção à morte. De certo modo, eu também a colocava para fora do serviço quando oferecia atendimento em outro espaço. Minha angústia agora ficava visível, quando não havia um embate direto entre a equipe como nos outros casos apresentados. Tirando da frente a tensão com a equipe, fica o “cru”, os efeitos de seus atos compulsivos em meu corpo. De acordo com Elia (2015, p. 250), sobre o conceito de “transferência”:

Ela significa a inclusão do técnico no campo e na trama do sofrimento do paciente, sua adoção como destinatário necessário, e a pessoa atual do técnico passa a dever suportar esse endereçamento, acolhê-lo, responsabilizar-se pelo lugar inteiramente preciso e precioso que lhe é conferido pelo paciente.

O acompanhamento tornava-se mais “intensivo” e “intenso” na unidade de acolhimento, já que estávamos com Kelly também em sua casa, 24 horas, de modo ininterrupto. O uso de drogas sempre relacionado ao sexo e prostituição, a colocava em risco iminente. Pelo fato de estar na UA, isso aparecia as nossas vistas de modo muito escancarado, pois agora fazíamos parte de todas as suas moradas.

Em um episódio, saiu com uma amiga, usuária da UA II, conheceram uns rapazes e fizeram programa, estes não quiseram pagar e as agrediram. Kelly fugiu do hotel em que estava e chamou a polícia. Ao retornar, a amiga estava na rua machucada, os rapazes haviam cortado seu pescoço. A adolescente conseguiu salvá-la ao chamar a polícia e levá-la ao hospital.

Dias depois, Kelly foi fazer uso de substâncias psicoativas com outros moradores no “escadão”, próximo à casa. Foram abordados pela polícia, Kelly saiu correndo para a UA, tocou a campainha em desespero, porém quando os acompanhantes foram abrir o portão, ela não estava mais ali. Uma acompanhante foi procurá-la e a encontrou em uma avenida próxima, em

situação de prostituição. Chama a atenção nesta cena, a rapidez em que Kelly desliza de uma cena a outra, de modo ininterrupto, como uma compulsão: drogas – violência – sexo. Ao sentir medo e adrenalina, corre e cai na prostituição, num movimento incessante. Em pouco tempo, o corpo de Kelly começou a dar indícios dos excessos, ela adoeceu: dor de garganta, febre e manchas no corpo, segundo a enfermeira do CAPS, apresentava sinais e sintomas de mononucleose. Porém, fez exame sorológico e meses depois recebeu o diagnóstico de HIV, agora sim, todos os estigmas carregados em seu corpo. A discussão de um caso feita por Bastos (2009, p. 85) pode nos iluminar:

A relação de Mariana na qual ela repete sua perdição seja com a droga ou com os homens revela as três dimensões inerentes à sexualidade apontadas por Jaime no matema da fantasia __ do amor, do desejo e do gozo. Entretanto, na medida em que está perdida diante de seu desejo, a dimensão do gozo parece se colocar de maneira mais incisiva. Pode-se observar a pulsão de morte atuando firmemente como destruição.

A angústia da equipe surgia por não conseguir pará-la, talvez, como na cena do “escadão”, parava por um segundo, mas o cuidado vinha num outro tempo e parecia impossível para ela esperar. Ficar sob efeito em meu corpo do movimento ininterrupto da adolescente, nessa intensidade, me fazia encarnar o imperativo: “fale!” e não a escutar. Situação descrita por uma profissional durante uma supervisão com Lancetti (2015, p. 61): “uma acompanhante terapêutica disse numa supervisão que quando chegava em casa continuava sentindo os pacientes no corpo dela”. Era assim que me sentia, quando Kelly chegava perto da morte, eu chegava junto com ela.

A vulnerabilidade e a violência sofrida por estes corpos têm como efeito nos profissionais, a demanda de uma urgência no ato. Em alguns momentos, não parece possível separar os corpos do terapeuta e do usuário, a vontade é tirá-los da situação violenta com as “mãos”. Entrar em contato com esses corpos tem um efeito que ultrapassa qualquer imperativo “não pode”.

Endo (2017, p. 19-20) discute a “*linha fronteira* que separa os corpos e os lugares clínico-institucionais destinados aos usuários e trabalhadores”. Aponta que o trabalho no SUS tem uma peculiaridade pois convoca o profissional a lidar com “casos e situações-limite”

extremos em sua gravidade e destituídos, não raras vezes, de uma digna condição humana, como no caso do atendimento a vítimas de maus-tratos, violência, fome, miséria, dor e humilhação de toda ordem (...) [população] que chega sem lugar, sem terra natal, sem nome de pai no sobrenome, e muitos,

sem sequer o primeiro nome, batizados de *Fulano de Tal* ou *Desconhecida*. (...) na maioria dos casos, [perderam] referências fundamentais de pertencimento a uma família, a um grupo, a um gênero, e até mesmo à sua condição humana. (Endo, 2017, p. 22, 27).

A pesquisadora utiliza o termo “estar à margem”, pois, ao longo de sua pesquisa, o termo “exclusão” perdeu força por não abarcar a dinâmica de:

(...) *permeabilidade* existente no encontro clínico, em que se misturam afetos, dinâmicas institucionais, identidades. O binômio exclusão-inclusão mostrou-se estático, dicotômico e distante do movimento que se queria analisar, ou seja, um movimento no qual a clínica opera, nas tramas da relação transferencial, em que subjaz o apagamento das linhas divisórias - que se pretende tão fortemente assegurar na sociedade de um modo geral - entre o louco e o são, o cliente e o terapeuta, o excluído e o incluído (Endo, 2017, p. 20).

Tal noção atravessa a clínica no SUS não apenas pela realidade social e psíquica dos sujeitos atendidos, mas porque privilegia a população que está fora do Sistema. Aquela que “paira nas ruas da cidade como seres errantes, e à toda sorte de excluídos presentes na sociedade. (...) Seres invisíveis nos quais poderíamos tropeçar se não nos fossem tão excessivamente visíveis” (Endo, 2017, p. 58) e que desloca o usuário para um exílio em seu próprio continente.

Sujeitos que estruturam sua resistência à morte de formas que, a princípio, não conseguimos compreender. Nesse sentido, a autora (2017, p. 21) afirma que no encontro com o usuário, o profissional “depara-se com as angústias inerentes à sua prática, a *inquietante estranheza* identificada no encontro com o outro” (grifos da autora). Introduce as noções de “margem” e “litoral” para conceituar o dilema do trabalhador que segue “na busca do que há de terra firme na qual se possa ancorar, ao mesmo tempo em que se pressupõe uma navegação num mar sem bordas” (Endo, 2017, p. 20).

As imagens de “margem” e “litoral” são usadas para representar a experiência vivida na clínica, que expõe a opacidade das linhas fronteiriças entre saberes, angústias, vastidão no encontro em que o obscuro se faz presente. O elemento obscuro, se refere ao que há de angustiante nesse lugar “entre margens”, em que se sobressai o “desamparo” do sujeito e o “sentimento de vastidão” do clínico, que como efeito ora se pretende “dissipar”, ora “distinguir” (Endo, 2017, p. 37).

“Um mar sem margens” é condição subjetiva do clínico, que se depara e, às vezes, paralisa, com o “horror” produzido como efeito do encontro com o usuário. Endo (2017, p. 123) utiliza o conceito “o estranho” de Freud (1976) para aprofundar a questão:

Este cenário de *estranhamento* do outro pode ser descrito como o *Unheimlich* a que Freud (1976) se referiu, em “O Estranho”, sobre aquilo que causa *horror*, é assustador e principalmente que deveria estar oculto e veio à luz. O elemento assustador retorna do conteúdo reprimido e, portanto, caracteriza-se por ser algo do terreno do familiar e há muito conhecido. É possível se pensar, a partir daí, no horror do clínico à identificação com a condição *miserável* do outro, colocando-se também em *situação de risco* e exposto em sua própria *vulnerabilidade* diante da dor do outro.

A pesquisadora (2017, p. 75) faz uma analogia com a imagem dos “sertões”: “o sertão e seus vazios remetem a um terreno vasto, sem limites ou bordas em que se encontra o clínico em sua prática cotidiana e neste caminho vai se constituindo uma margem, uma dúvida, uma questão, um enigma ou um litoral”, assim escapa do binômio reducionista “exclusão-inclusão”.

o vasto sertão assemelha-se à imagem do profundo mar, naquilo que se experimenta de desconhecido, temido quando se está diante do humano que sofre. (...) há a marca de um mar revolto, de fúria, incompreensão e incredulidade naquilo que sofreu no corpo e na alma, do horror vivido e presenciado, daquilo que restou não metabolizado. (Endo, 2017, p. 78-79).

A inquietude pode ser uma resposta a angústia que arrebatava o clínico, que se desespera ao se deparar com esse campo sem limite da loucura, podendo se afobar e perder a precisão de sua visada. Como alerta Endo (2017, p. 99-100):

Os CAPS foram criados para lidar com os *casos graves*, contudo, quando alguns deles aparecem, ocorre um fenômeno intoxicante que altera a escuta do terapeuta. O terror, o espanto ou a curiosidade que determinados casos provocam por seu elemento trágico, excêntrico ou estranho, obstaculizam a tarefa clínica. Só se fala deles em seu horror, mas não se pensa neles em sua dor. A dor que se pretende livrar é da dor de si, que acomete os terapeutas, a equipe - daqueles que foram atingidos pela tragédia do outro.

Nesse sentido, a identificação do profissional ao “estranho familiar” que o aproxima dos corpos dos usuários num terreno vasto, sem limites ou bordas, deixa o clínico desnudo:

No atendimento a pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade, ocorre um fenômeno interessante de se observar e pesquisar: atender o outro vulnerável coloca imediatamente o profissional na mesma zona de risco, de revelar-se também em sua vulnerabilidade; o outro aparece tão desprotegido, sem pele, em carne viva, em que a dor ultrapassa a fronteira pretendida entre paciente e clínico. (Endo, 2017, p. 108).

A dor ultrapassa as fronteiras e apaga a demarcação de territórios, a “linha divisória” entre trabalhador e usuário não opera mais. O profissional se considera imune aos ataques virulentos do outro vulnerável, em sua onipotência, numa fantasia sobre si, de um corpo idealizado, invulnerável aos ataques dos usuários. Entretanto percebe que isso é uma ilusão quando se vê fracassado nesse esforço de separação de corpos, distinção de espaços e limitação de lugares.

poderíamos pensar na proteção psíquica presente na tarefa de atender o outro em seu sofrimento. Se o clínico teme em demasiado as marcas que eventualmente o paciente possa lhe desferir, provisoriamente, corre o risco de ficar paralisado e impedido de afinar sua escuta, consumido no horror de ser impregnado pela dor do outro. (Endo, 2017, p. 123).

Endo (2017, p. 109) descreve o que eu sentia no caso de Kelly, oscilava entre uma posição de impotência e onipotência:

O clínico aprendeu que, para operar, seria necessária certa assepsia em seu campo de trabalho, o *setting* e o enquadre dariam conta disso, mas o contágio é inevitável. O profissional é confrontado com o próprio desamparo, em princípio de revelar-se inábil, despreparado (...). E em segundo lugar, pode perceber que é justamente a partir deste terreno movediço que reside sua salvação. Nele ele deve permanecer por um tempo até que o desamparo se torne experiência de estranhamento fértil, capaz de capturar o conteúdo enigmático.

Há a possibilidade de um “litoral”, conforme descreve Endo (2017, p. 75): “um rasgo no mar, após o revolto da dúvida, lança o clínico numa terra firme da qual poderá visar o profundo a certa distância, prevendo o caminho a percorrer, ou retornar do mergulho de seu trabalho, agora em seu papel de escritor, autor de sua obra”. A autora traz a noção de “litoral” como metáfora a escrita da clínica em seu trabalho, eu o transfiro para a escrita do caso nas reuniões de equipe.

De acordo com a autora (2017, p. 69), “falar da clínica é sempre, e em todas as épocas, tratar dos *humores* ou afetos que se manifestam no corpo e na alma do terapeuta e seu paciente, nesta experiência de escuta da dor do outro”. Para sustentar a angústia desse encontro e transformá-lo em enigma, é preciso falar sobre seus efeitos no corpo do clínico.

Assim, se faz condição para o trabalho no CAPS, as reuniões de equipe, além de configurar um espaço para a fala dos trabalhadores aparecer, a composição “entre vários” pode promover a separação entre corpos, para deslocar o profissional quando paralisado no “horror”.

Paradoxalmente, é preciso separar o corpo do clínico e usuário para que o profissional possa sustentar sua presença frente a ele, uma separação diferente de expulsão, para permitir que o sujeito sustente seu corpo no serviço. Uma separação simbólica, não física. Para além do instante clínico, é preciso levar em conta e teorizar sobre os efeitos desta clínica no corpo do trabalhador, como fez Endo em seu trabalho, do contrário não haverá avanços nessa clínica.

Lancetti (2015, p. 67) também aponta para a importância da separação dos corpos em momento posterior ao instante clínico:

Pela presença terapêutica e pedagógica, as pessoas se misturam como água e azeite, mas uma hora, como dizia o mestre Cláudio Ulpiano, passa-se o dedo e se separam, como a acompanhante terapêutica que sentia no corpo os pacientes quando chegava em casa. Mas no trabalho coletivo da supervisão conseguiu se sentir bem e saiu fortalecida e alegre.

Apesar da angústia que me assolava, o funcionamento do CAPS com várias transferências permitiu que uma escuta operasse para Kelly. Mesmo quando eu não acreditava que algo estava acontecendo, o trabalho coletivo abria espaço para a adolescente falar.

Kelly dizia “não falo” “tenho segredos”, mas falava: depois de dias na Cracolândia, compareceu ao CAPS com má aparência, suja e cansada. Durante acolhimento, Kelly chorou, disse que não estava dando conta e pediu ajuda, conseguiu falar que estava se sentindo sozinha. Pontuei que ela sempre comparecia ao CAPS querendo aparentar que estava bem e escondia o que era, supostamente, “feio”. Ressaltei que não estava ali para julgá-la, mas parecia haver algo que ela tinha vergonha de dizer e escondia. Ela gritou chorando: “por que sempre eu? Por que ele sempre vem atrás de mim?” (*sic*). Perguntei do que ela estava falando, ela silenciou, indaguei “é uma pessoa ou um sentimento?”, Kelly recuou e respondeu que era um “sentimento”.

Na UA pôde chorar e gritar que havia sido abandonada pela mãe e era rejeitada pelo pai. Começou a trazer seu incômodo com as próprias repetições, questioná-las e não mais suportá-las. Após uns dias na Cracolândia, falou para uma acompanhante que não iria mais voltar para a residência, pois não queria mais passar por isso, nem preocupar os acompanhantes e o pessoal do CAPS. A acompanhante pediu para Kelly não fazer o mesmo que seu irmão havia feito, isto é, desaparecer. Ela chorou bastante e proferiu: “não sei o que está acontecendo” (*sic*). Passo importante para o processo, havia algo que Kelly não sabia sobre si, dissolvendo qualquer saber totalizante que a determinava, podendo assim se implicar em seu sintoma, formular uma questão e dirigir aos profissionais. As “negativas” em seu discurso desaparecem, começa a

conseguir dizer sem precisar inserir o “não” no início de suas falas. A alternância de profissionais fazia efeito no cuidado da adolescente.

Havia outro impasse institucional e Kelly começou a trazer isso em seu discurso. Em uma avaliação periódica da UA com as referências dos dois serviços, a adolescente solicitou que fosse realizada em seu quarto, na residência, pois estava indisposta, com febre. Parece que a decisão do atendimento realizado em seu quarto surtiu efeitos, dessa vez, não me incomodei com a mudança de setting. Kelly preencheu a ficha de avaliação, como fez em seu primeiro acolhimento e escreveu sobre suas “recaídas”: “eu Kelly, moradora da SRTe Cambuci 1 tive algumas recaídas, mas eu estava consciente que não estava certo com o projeto da casa” (*sic*). Iniciou a conversa afirmando que não confiava em ninguém para falar do que a faz sofrer, não confiava em ninguém do CAPS e não queria contar suas coisas para um “psicanalista que não fala nada” (*sic*). Chorou e disse que havia coisas para falar ao pai que dava uma “revolta”, porém ainda não tinha coragem de dizer a ele. Coisas que ela pôde dizer ali, naquele instante, com muita raiva, como se estivesse falando para Jaime: “vou casar e ter filhos, não vão ser meus, mas vão ser de amor!” (*sic*). Aparecendo aí o “mundo de fantasia” de um outro modo, não mais como uma encenação, mas como desejo.

Falou que a revolta era por ter nascido homem, ficava muito mal quando os meninos da casa brincavam com isso. Relatou que foi abusada aos nove anos, nesse momento chorou muito: “não consigo esquecer! Essa lembrança me persegue!” (*sic*). Pediu para não contarmos para ninguém do CAPS e que só conversava com ela mesma e com Deus sobre o assunto. Referiu que não conseguia dormir à noite por causa de seu sofrimento, se sentia isolada na casa e não conseguia conversar com seus amigos. Não conseguia propor seus “próximos passos” nem pensar em um projeto de vida, itens da ficha da avaliação, mas escreveu:

“ULTIMAMENTE EU NÃO QUERO SABER DE NADA ESTOU COM MUITA SAUDADE DE MINHA MÃE. NÃO QUERO TOCAR NESSE ASSUNTO! POR FAVOR NÃO INSISTA”.

Sobre o projeto de vida: “EU AINDA NÃO SEI, NÃO CONSIGO PENSAR NISSO AGORA E TAMBÉM NÃO QUERO TOCAR NESSE ASSUNTO! POR FAVOR NÃO INSISTA!”

Assinatura: Kelly Suzuky.

Durante a avaliação, os adolescentes assinavam novamente o contrato de moradia, caso seu PTS fosse a continuidade na UA. O contrato tinha algumas regras, por exemplo: “o

adolescente tem que querer morar na residência”, “a residência é um espaço livre de violência, armas e drogas”, “não é permitido roubar, traficar, se prostituir durante o período de permanência na residência”. Há um impasse institucional, pois, enquanto eu, referência do caso, tomava como direção a fala, a adolescente estava impedida de falar devido as regras de moradia. Era proibido se prostituir, então, Kelly não podia falar aos técnicos do CAPS ou UA, que fazia programas. “Todos vão saber” e como ela mesma coloca: “não está certo com o projeto da casa”, portanto, corria o risco de perder a vaga e ser expulsa da casa. Falar entrava no lugar de uma “confissão” de que não possuía perfil para o serviço. O discurso da adolescente trazia as contradições da instituição, quando a proposta da casa podia angustiar, pois uma regra criada para fazer bordas, virava demanda aos adolescentes. Ao mesmo tempo que eu pedia: fale! A regra da residência a silenciava, estava impedida de falar livremente com as equipes.

Mesmo com as contradições da instituição, havia uma relação transferencial estabelecida com Kelly, que fazia daquele período, um momento crucial de seu processo. Enquanto a adolescente tentava fazer furos no discurso institucional, a instituição fazia furos em seu discurso que desmoronava seu “mundo de fantasia”. Ela podia se soltar da imagem e colocar em palavras o seu sofrimento, como ocorreu nesta avaliação. Ao mesmo tempo que colocávamos em ato a ameaça de perder a vaga, sustentávamos sua presença na casa, suas repetições e seu sofrimento era direcionado ao CAPS.

Dias depois durante o grupo Manuscrito, continuou o assunto, escreveu em seu caderno:

“REGRAS A VIDA FOI FEITA DE REGRAS E REGRAS FOI FEITA PRA SE
COMPRIR. A MINHA VIDA E TOTALMENTE CHEIA DE REGRA APRENDI QUANDO
ERA PEQUENA”.

Ao mesmo tempo que sua fala estava interdita por causa das regras, Kelly trazia a questão em sua fala. No entanto, eu não podia escutá-la, pois também me desesperava e temia junto com a adolescente que ela perdesse a vaga. Em um atendimento, durante um período em que estava no leito, coloquei que a adolescente havia apresentado muitas mudanças em seu processo, mas no que dizia respeito a seu sofrimento continuava resistente. Kelly me disse claramente que estava com medo de perder a vaga devido à quebra de regras. Eu insisto que isso tinha relação com o fato dela não falar sobre seu sofrimento. Ao não ser escutada, se irritou, gritou que iria se matar, pois nós não a ajudamos. Respondi que ela não precisava de ajuda para se matar, pois já estava fazendo isso sozinha. Assim, eu burocratizo a escuta: quanto mais ela

quebrava as regras, mais eu encarnava o imperativo: fale! e insistia para ela falar e cumprir seu PTS no CAPS, perdendo a potência do instante clínico.

Depois da avaliação, Kelly tentou novamente uma aproximação com o pai, voltou a frequentar sua casa, fazia almoço de domingo para a família e acreditou que ele estava começando a aceitá-la. Jaime havia autorizado seu tratamento com hormônios, iria arranjar emprego para ela como fiscal de “zona azul” e prometeu um celular. Kelly estava eufórica com a abertura que o pai estava dando a ela e, com isso, trazia muitas demandas ao CAPS: vale transporte, doação de roupas, sapatos etc. Tudo para garantir que ela chegasse à casa do pai sob as condições que ele impunha. Cada dia comparecia ao serviço com um pedido e exigia ser atendida prontamente, não aceitava o “não” da equipe.

Ao fazer o pedido por vale transporte e roupas para mim, não a atendi e sugeri que retornasse para residência pegar uma troca de roupas e que fosse para a casa do pai no dia seguinte, já que tinha atendimento individual com Rita naquele dia. Kelly ficou muito irritada, disse que não tinha roupas de menino para ir à casa do pai, me empurrou e me agrediu verbalmente. Gritou que ia passar o final de semana com o pai, pois ele havia a convidado. Após se acalmar, brincando escreveu um “encaminhamento” para Jaime, colocando que ele deveria receber Kelly em sua casa. Ligou para o pai, pediu para passar o final de semana com ele, este não permitiu, a deixou ir apenas no domingo. Ao desligar o telefone, disse para Rita que havia desmarcado com o pai.

Durante a reunião de equipe, entendemos que a angústia não era em obter as roupas, em ser atendida rapidamente, mas sim o impasse entre sustentar seu desejo ou sucumbir ao desejo do pai. Como ela havia colocado na avaliação, a angústia era ter nascido homem e o sofrimento advindo disso. Entendemos em equipe que ela estava trazendo o conflito para o serviço, através da decisão a ser tomada toda vez que ia à casa do pai: roupa de menino ou menina. Se encaixar na imagem que o pai queria, se “adequar” para ser objeto de amor do pai, responder as supostas exigências de amor de um grande Outro. O objetivo de seu tratamento estava sendo cumprido: ela trazia os conflitos ao CAPS e era preciso sustentá-lo, a direção do tratamento era criar um “chão” para Kelly “desmontar”. Isto é, “desmontar” e “sustentar”, tratava-se de fazer questões ao invés de responder às demandas que ela vinha trazendo incessantemente.

A reunião de equipe foi lugar para eu me ancorar, escutar as leituras dos profissionais e definir uma direção entre vários, produzia uma separação entre os corpos, meu e de Kelly, e diluía a intensidade de nossa relação. Naquele momento, sua raiva era depositada e direcionada para mim, sua referência. O olhar da equipe se debruçou sobre o processo de desinvestimento

de Kelly em seu cuidado nos últimos meses e a decisão tomada foi realizar acolhimento diário com os técnicos de plantão. Mudança de conduta da equipe, que não tratou a repetição da adolescente como uma transgressão ou não aderência ao tratamento, mas sim como um pedido de ajuda que merecia ser escutado. E eu, finalmente mudei de conduta, parei de insistir no atendimento individual e junto com a equipe, entendi que o investimento a ser feito não era a escuta de um, mas sim de vários profissionais.

A minha leitura fazia peso para as decisões da equipe, entendemos que a direção a ser tomada nos acolhimentos era produzir um “corte” nas fantasias que trazia e na imagem “glamourosa” que tentava passar ao CAPS. Quando minha leitura foi partilhada e a decisão tomada no coletivo, diluiu-se a posição de saber encarnada por mim, no imperativo: fale! Não escute as brincadeiras! Minha leitura não foi apagada, mas adquiriu outro estatuto, foi transformada em um saber construído coletivo, isto é, numa autoridade clínica.

Na sequência das reuniões, afetada pelas discussões, coloquei para a adolescente que a questão talvez não fosse exatamente receber as roupas que pedia, isto é, o que a incomodava não era o fato de a equipe atender ou não o seu pedido. O que importava era o que ela estava nos pedindo, a pontuação produziu efeitos, Kelly contou que havia brigado com o pai no sábado e estava sentindo vontade de se matar. Articulou com a angústia que estava sentindo com a Copa da Inclusão: “não sei como vou na copa da inclusão” (sic), estava em dúvida se iria de “menino” ou “menina”, assim trazia sua questão, onde aparecia perdida em seu desejo. Dias depois, Kelly pediu para fazer tratamento hormonal, agendei triagem no Ambulatório de transtorno de gênero e orientação sexual (AMTIGOS) do Ipq (Hospital das Clínicas) para inserção no serviço. Ficou muito animada, mas não foi à consulta no dia agendado, pois estava na Cracolândia.

Seguimos formulando perguntas à Kelly: “a imagem que os outros podem ter dela era mais importante do que o que ela desejava?” O problema era a doação de roupas? Pois poderia trocar de roupa e as coisas continuariam as mesmas: continuaria sofrendo sem dizer o que a incomodava. Kelly respondia de diversas maneiras: pedia para ficar sozinha, ficava brava, incomodada, segurava o choro, silenciava. Mas também conseguia falar: “medo” e “vergonha” passaram a se presentificar em seu discurso. Em acolhimento com Virgínia e a psiquiatra, as técnicas colocaram em destaque tais significantes: articularam “medo” e “vergonha” com as “recaídas” de Kelly. Apontaram que ela poderia estar tentando assumir um personagem perante a vida que a ajudaria a suportar a dureza de seu cotidiano. Questionaram o que fazer com o “medo”, que ela preferia manter escondido até então.

Pouco tempo depois, Kelly rompeu com os serviços e voltou para a rua, durante abordagem do CAPS na Cracolândia, a adolescente avistou a equipe e não quis contato, andou para outra direção. Cruzamos com ela novamente e ela gritou: “não vou falar com vocês hoje! Sai da minha orelha, solta, solta, solta minha orelha” (*sic*). Parece que nosso discurso estava impregnado na escuta de Kelly e agora, ela fazia esforços para nos silenciar.

O tempo na UA se afunilava, Kelly estava perto de completar dezoito anos e não poderia mais permanecer na residência. O tempo cronológico fazia pressão e ameaçava a interrupção de seu processo. A adolescente retornou ao serviço dois meses depois e ficou em hospitalidade noturna no AD, no acolhimento comigo e Virgínia perguntamos: “por que você veio ao CAPS hoje?”, Kelly respondeu irritada: “não sei” (*sic*). Depois engatou em respostas cristalizadas: “quero meu bem (...) quero andar para frente e não para trás” (*sic*). Referiu que estava “estressada e irritada” (*sic*), pois estavam jogando suas coisas fora na residência, colocando aí a certeza de que logo sairia da casa e sua angústia em relação a isso.

Após nossos questionamentos, Kelly chegou ao ponto que a incomodava e gritou: “nós já fomos uma família!” (*sic*), contou que os pais se separaram por uma traição. Falou que se sentia culpada pela separação dos pais e por sua mãe usar crack. Queixou-se da humilhação que passava com o pai por ser transexual, pontuamos que mesmo assim ela continuava querendo este pai. Decidiu que ia ligar para o pai, se alterou, ficou ainda mais irritada. Desabafou: “vou falar tudo pro meu pai” (*sic*), ao mesmo tempo, recuava e se interditava: “não vou falar tudo para ele porque ele é meu pai” (*sic*). Por fim, exclamou: “se eu não falar, meu pai pode morrer” (*sic*). Assim, Kelly pôde falar, conseguiu nomear seu sofrimento, havia muitas coisas a serem ditas ao pai: “se não falar, o pai morre”. Se ela não falar ao pai, este poderia morrer do lugar ainda esperado por Kelly.

Saiu do quarto gritando que seu “estresse” e “raiva” eram por causa de seu pai. Continuou gritando pelos corredores do AD que não iria subir ao CAPS infantil, pois não confiava em suas referências. Depois, um pouco mais calma, foi acolhida pela redutora de danos do AD, que tinha uma relação bem próxima. Desabafou que estava com raiva dos profissionais do CAPS infantil, pois queríamos que ela se deparasse com seu sofrimento e ela não queria olhar para trás, queria andar para frente e esquecer. Colocando em outro lugar a fala cristalizada do acolhimento com as referências: “quero andar pra frente e não para trás” (*sic*). O que eu escutei como “frase pronta” foi desdobrado com a escuta da redutora, que pontuou “todos nós sofremos e se não aprendemos a lidar com nosso sofrimento, não conseguimos andar para frente” (*sic*).

Cena que aponta para a efetividade da rotatividade dos profissionais para escutar Kelly e costurar suas falas. Com a equipe do AD, pôde falar da raiva direcionada as referências do infantil. A relação estabelecida com a redutora durante as abordagens na rua e permanências no leito, a disponibilidade de escuta dos outros profissionais, que não se preocupavam mais com a “aderência ao tratamento”, situava também o AD como um lugar de escuta, não mais como o serviço que iria apenas disponibilizar o leito e a equipe de enfermagem. A reunião para discussão do caso foi lugar para articular os fragmentos vivido por cada profissional e assim foi possível compor uma narrativa única das falas de Kelly.

O psicólogo, Virgínia e eu realizamos o último atendimento familiar com Jaime, que contou novamente a história de Kelly, mas dessa vez com diferença. Falou de outro modo que a filha não conseguiu esperá-lo se organizar para ir morar com ele, apareceu certa amargura em sua fala. Ressaltou que aceitava o fato de Kelly ser transexual, minutos depois, revelou nervoso, que preferia ver o filho na rua, na Cracolândia, do que vestido de mulher em sua casa. Pontuamos que ir para a Cracolândia era um movimento da adolescente em direção à morte. Jaime trouxe a dificuldade em chamá-la de Kelly, contou com tristeza que a levava para comprar roupas e ir ao barbeiro quando era criança. Insistiu durante todo o atendimento que cumpria seu papel, pois ofereceu emprego a filha. Colocamos que, naquele momento, ela não iria sustentar um emprego, pois o que pedia e precisava era um pai que pudesse aceitá-la e sustentá-la. Pontuamos que Arnaldo, filho que Jaime desejava, não existia mais e que Kelly não tinha pai.

O pai contou que durante a gestação da adolescente, sua mãe acreditava que o bebê era uma menina, com convicção, a chamava de “minha filha” (*sic*) e comprou apenas roupas femininas. Jaime achava que o bebê era menino, tentou levar Eva para fazer ultrassom para colocar na realidade a certeza da mãe, esta não aceitou e continuou fantasiando com a filha. Quando Kelly nasceu, a mãe a vestia apenas com roupas femininas e a tratava como mulher, mesmo quando foi constatado que era um menino. O pai se culpava por não ter conseguido fazer cortes nas fantasias de Eva, com ressentimento, disse que tentou pará-la, mas não foi possível. Jaime comparou a filha com as aberrações que apareciam em documentários do canal “Discovery Chanel”. Achava que Kelly era como eles e assistia aos programas numa tentativa de tentar entendê-la, pois só conseguia explicá-la como uma “aberração”.

Kelly não participou da conversa pois estava na rua, quando retornou ao CAPS, contei que seu pai esteve no serviço e o que ele havia dito sobre sua gestação. Kelly riu, disse que não sabia disso. Falou que não era “homossexual” (*sic*) por causa de sua mãe, mas por vontade de

Deus, acrescentou que Jesus dizia que não era para atirar pedras nas prostitutas. Perguntei se estávamos falando de “prostituição”, se era o mesmo que “transgênero”, ela respondeu que era a mesma coisa. Discordei e coloquei que a prostituição não era uma imposição para transexuais. Kelly pegou uma foto de Frida Kahlo que estava em seu prontuário, onde estava escrito a seguinte pergunta “qual o drama desta mulher?”. Ela respondeu que seu drama era ser crackeira, prostituta... E silenciou novamente.

Fato é que por ser transexual, havia lugares determinados a ela na sociedade e um deles era a prostituição. Com a proximidade dos dezoito anos e a certeza de sua saída da residência, Kelly começou a dizer que queria um emprego formal. Esporadicamente, a adolescente trabalhava limpando a casa da vizinha, além da prostituição e envolvimento com o tráfico de drogas. No entanto, ela queria trabalhar com “carteira assinada” (sic) que daria a ela direitos de cidadã.

Em dado momento, Kelly interrompeu o curso de cabeleireira, colocando vários motivos: o horário era ruim, o curso estava muito pesado, não tinha material etc., porém parecia não conseguir colocar o que a incomodava. Falou que queria ser psicóloga, eu coloquei que havia a possibilidade de o curso ser uma ponte para a faculdade, ela decidiu continuar, mas acabou desistindo logo em seguida. Anos depois, ela falou o que eu não pude escutar naquele dia. Em uma sessão do grupo Manuscrito, ela parecia estar alheia ao que ocorria no grupo, escrevia em seu caderno como se não estivesse escutando a discussão. De repente, Kelly disse com raiva, ríspida, sem tirar os olhos do caderno, que as pessoas esperavam que ela fosse cabeleireira por ser transexual. Então, entendi o porquê de a adolescente ter interrompido o curso, Kelly queria outras possibilidades de ser.

Em sua última avaliação na UA para tratar de seu processo de saída do equipamento, Kelly não quis falar sobre o assunto, mas falou, de forma ríspida disse que estava à beira da morte e a residência a tirou deste lugar. Dias depois, em atendimento com a psiquiatra, ficou em silêncio, a única coisa que disse foi “preciso de um remédio para não sair da casa” (sic). Não aguentou o atendimento até o fim e saiu exasperada. Orientados pelo tempo cronológico da UA, não escutávamos Kelly, que implorava para não sair da casa e ficar à beira da morte novamente.

Havíamos desobedecido as portarias e a estadia de Kelly na UA durou dois anos e seis meses, ultrapassando o limite máximo de seis meses imposto nas diretrizes. Entretanto, no final de seu processo, o tempo cronológico sobressaiu. Claramente, o tempo de Kelly na residência

não havia se esgotado ainda, mas a saída da casa era inevitável, pois não era possível a adolescente permanecer na UA I após completar dezoito anos.

Enquanto fazia uso de thinner na frente da UA, entrava e saía da residência de dez em dez minutos, desrespeitando e provocando os acompanhantes, gritou: “não tô nem aí que vou fazer dezoito anos, ninguém me tira daqui” (*sic*). Foi um momento de muitas mortes para a adolescente: a morte da infância, morte dos pais que desejava e a morte concreta que a assombrava com o HIV, período de muitas perdas e Kelly gritava sua dor.

No dia de seu aniversário de dezoito anos, foi feita uma festa na residência, mas nada a comemorar. No dia seguinte arrumou suas malas, mas não saiu da UA, protelando sua saída. Tentamos vaga no centro de acolhida que atende a população LGBTQIA+, no entanto, o profissional do serviço colocou que as pessoas atendidas no local eram mais velhas e com trajetória de vida mais traçadas, portanto, não seria um local interessante para uma jovem de sua idade, ainda com tantas perspectivas de vida. Dezoito dias após seu aniversário, saiu pela manhã, foi para a casa do pai e dormiu lá. No dia seguinte foi embora da casa do pai e não retornou mais.

09 FINAL DE TRATAMENTO

Trago neste capítulo a finalização do processo de João, Pedro e Kelly no CAPS infantil Sé. Os dispositivos utilizados foram os mesmos, mas as histórias e percursos foram distintos. Em comum, foi o impasse vivido pelos três, pois, precisaram lidar com o tempo cronológico que decreta o fim da adolescência ao completarem dezoito anos. As leis não o protegem mais e os serviços destinados à infância e adolescência tendem a fechar a portas, lançando esses jovens em um limbo assistencial e subjetivo.

9.1. Desfecho João

*Agora não pergunto mais aonde vai à estrada
Agora não espero mais aquela madrugada
Vai ser, vai ser, vai ter de ser, vai ser faca amolada
O brilho cego de paixão e fé, faca amolada
Deixar a sua luz brilhar e ser muito tranquilo
Deixar o seu amor crescer e ser muito tranquilo
Brilhar, brilhar, acontecer, brilhar, faca amolada
(Milton Nascimento)*

Após o desligamento de João da UA, Nara, uma assistente social e eu o acompanhamos até o albergue, onde, mais uma vez, escutamos que ele não tinha perfil para a vaga disponibilizada. O equipamento era “porta de saída” e ele deveria estar em um albergue que era “porta de entrada”, pois não estava trabalhando e ainda apresentava desorganização na vida. Foi admitido após discussão do caso com a assistente social e gerente do albergue. Durante a conversa, João apresentou comportamento infantilizado, se mostrou “envergonhado”, não se colocou, esperando que as referências o fizessem por ele.

Dias depois, João perdeu sua vaga no albergue pois não chegou no horário permitido para entrada no serviço. Foi proposto que ele retornasse ao albergue para articular uma vaga novamente, João não quis, resolveu tentar voltar ao quartinho que morava antes da residência, pois era mais perto de sua escola. Me pediu para acompanhá-lo, eu neguei o pedido, pois via uma repetição ali que poderia ser diferente. Ele se irritou, pegou uma tesoura e andou pelo prédio ameaçando as pessoas, depois retornou ao CAPS e se acalmou. No dia seguinte retornou contando que havia conseguido articular sua vaga no quartinho novamente, desta vez sozinho.

João compareceu ao CAPS acompanhado de tia Ruth, Nara e eu realizamos o atendimento. A tia entrou em um movimento de cobrança por ele ter saído da residência, o adolescente silenciou e ficou numa posição infantilizada. Ruth não teve escuta para nossas pontuações e manteve João, em seu discurso, num lugar de dependência e fracasso. Demandamos a fala do adolescente e pontuamos que seu silêncio permitia que as pessoas o interpretassem da maneira que queriam.

Nos dias que se seguiram, João se recusava a conversar comigo, fingia dormir, apresentava comportamento infantil, voltou a ser agressivo e desrespeitar os profissionais. Porém havia uma diferença em sua repetição e eu sustentava que suas atuações eram diferentes, não se tratava mais de tratá-las como antes. Em um atendimento com as referências, retomamos seu processo terapêutico e pontuamos que quando o acompanhamos no albergue, João apresentou comportamento infantil e silenciou, esperando que nós falássemos por ele. Colocamos o quanto isso era prejudicial, pois as pessoas o interpretaram de diversas maneiras: “imaturo”, “agressivo”, “louco”, etc. O mesmo ocorreu no atendimento com Ruth, em que ela o colocou como “incapaz” e ele silenciou. Assim, era colocado no lugar de objeto do desejo do outro, colocamos as mudanças em relação a sua história, que foi possível se deslocar do lugar de abandonado e transgressor. Porém, quando silenciava e desinvestia de si, retornava para este lugar e que hoje tinha recursos para não paralisar nos significantes determinados a ele. Por fim, colocamos que não precisava de nossa presença como intermediárias de suas relações, que ele tinha possibilidade e autonomia para decidir e sustentar suas escolhas. João se irritou, saiu da sala com agressividade, depositando sua raiva nas terapeutas.

A única forma de João parar de ser dito, era dizer, ou seja, colocar limites nos discursos do outro sobre ele. Ele não mais se posicionava a partir dos significantes que o fixavam em determinado lugar: “transgressor”, “agressivo”, “louco”, ele podia se nomear e responder a partir de seu desejo. Esse último atendimento com as referências o colocava como alguém que podia escolher, dizer, tomar decisões, se posicionar em relação ao seu desejo.

Ruth passou a convidá-lo a passar uns dias na cidade vizinha a qual morava para ficar perto dela e de seus familiares. João aceitou o convite, passou o final de semana com a “tia” e seus filhos. Quando retornou pediu para recontratar seu PTS pois havia retornado à escola, havia articulado sozinho sua volta às aulas.

Eu comecei a referenciá-lo ao CAPS AD, alienada ao discurso institucional, justificava que era preciso João ter mais maturidade, então um serviço para adultos seria mais adequado. Fato é que as atuações de João não eram mais as mesmas, tratava-se de uma repetição com

diferença e os manejos deveriam ser outros. No entanto, eu não sabia qual direção tomar, coleei no discurso institucional e apostei que a resposta seria uma passagem para o AD. Depois vejo que não se tratava disso, João mostrou que o seu caminho não era uma mudança de serviço.

Certo dia, João compareceu ao CAPS pela manhã, Jorge e eu o acolhemos e retomamos o acontecimento do dia anterior, em que havia ficado agressivo, iniciou um movimento de destruição e ameaçou os profissionais. Apontamos como essa cena havia se repetido inúmeras vezes no serviço, mas que naquele momento, havia uma diferença e colocamos as mudanças de posição ao longo de todo seu processo terapêutico. Concluímos que permanecer no serviço estava o paralisando e que, talvez, não tínhamos mais o que oferecer a ele, por isso decidimos referenciá-lo ao CAPS álcool e drogas.

João escutou e disse que já estava se despedindo faz tempo do serviço, contou que no dia seguinte iria mudar para uma cidade do interior para ficar perto de Ruth. Pediu transferência na escola e iria trabalhar lá. Eu disse que poderíamos ajudá-lo a encontrar o CAPS mais próximo de sua futura residência, mas Ruth já conhecia o equipamento que iria frequentar. Coloquei que o objetivo de nosso acompanhamento era este, João poder fazer escolhas e estar no mundo de um modo menos sofrido e mortífero. Ele escutou e falou que não se importava com sua despedida do CAPS, pois já havia despedido da residência no passado. Pontuei que a situação era outra, pois não queria sair da residência quando se despediu e desta vez João estava escolhendo mudar de cidade. Ele concordou e decidiu que iria se despedir apenas de quem iria sentir saudades. Permaneceu no serviço para a festa de Carnaval e depois se despediu, assim seu processo terapêutico no CAPS infantil Sé foi finalizado.

Havia uma finalização de seu processo, que eu reduzi com um encaminhamento para o AD, João mostrou que não era disso que se tratava, mas sim de um ponto final. Assim, pôde me dizer que seu tempo e processo no CAPS infantil havia sido finalizado para seguir outros rumos e assumir outras posições não vida. Trago Bastos (2009, p.65) para ilustrar o desfecho de João:

Ao receber o paciente como sujeito, para além de seu uso de drogas, o analista pode promover um giro no discurso, possibilitando ao sujeito tornar-se agente do discurso. Isto é, possibilitar o discurso da histórica, por definição, aquele no qual o sujeito é o agente. O discurso da histórica obstaculiza o discurso do mestre.

Durante aquela semana, João nos ligou e relatou que estava indo à escola, andando de bicicleta e jogando vídeo game, mas sentia saudades daqui. A TO que atendeu ao telefonema

disse que ele parecia estar bem e logo se acostumaria com a nova cidade e vida. Sendo assim, considerei o caso encerrado por alta.

9.2. Desfecho Pedro

*Deus me livre de ter medo agora
Depois que eu já me joguei no mundo
Deus me livre de ter medo agora
Depois que eu já pus os pés no fundo
Se você cair, não tenha medo
O mundo é fundo
Quem quiser no fundo encontra a porta
Do fim de tudo
Bem junto da porta está São Pedro
No fim do fundo
Findo
Fundo
Findo
(Gilberto Gil)*

Diferente de João, o desligamento da UA não operou como um corte nas repetições de Pedro. Após um período na Cracolândia, o adolescente retornou ao CAPS, nas palavras da equipe “detonado, emagrecido, com vergonha de sua aparência e com tuberculose” (sic). O diagnóstico de tuberculose tornava a morte ainda próxima e definiu as direções do caso. O tratamento realizado na UBS, durava seis meses, foi acordado que compareceria todos os dias nos equipamentos (CAPSi, CAPS AD e UBS) para tomar medicação.

Ao ser orientado, Pedro que estava com febre e dificuldade de respirar, perguntou se poderia fumar durante seu tratamento para tuberculose, em tom provocativo, acrescentou: “vou poder fumar crack?” (sic). Eu o lembrei do longo período que ficou sem usar crack e questioneei o termo “fissura” que retornava em seu discurso. O adolescente ficou pensativo e continuou, ainda em forma de provocação, mas, na verdade, num grande desabafo, dizendo que iria se matar usando crack.

Devido as condições clínicas voltou a permanecer em hospitalidade noturna, comecei a articular referências para ele no AD, assim os profissionais se implicariam de outro modo em seu cuidado, não apenas para a utilização do leito. Pedro não gostou de ter referências no AD, se queixou que só tinha “velhos” (sic) no serviço e que gostaria de ter alta do infantil e não

precisar ir para o AD. Coloquei que naquele momento, ele necessitava dos cuidados do CAPS álcool e drogas por estar em hospitalidade noturna e acrescentei que seria importante para seu amadurecimento.

Mais uma vez, tomei uma conduta a partir do discurso institucional cristalizado, mesmo não concordando que o tempo cronológico deveria dar as direções: completou dezoito anos, não é mais adolescente, então deve ser encaminhado para um CAPS destinado a adultos, apagando o tempo do sujeito. Interessante que ocorreu o oposto ao que era esperado, ao invés de se posicionar de forma mais “madura”, em um atendimento com sua referência do AD, esta suspeitou de rebaixamento cognitivo. Pedro ficou em silêncio e a técnica interpretou como “falta de entendimento” às perguntas feitas pela terapeuta. Durante a discussão do caso, ressaltai as potencialidades do adolescente e que seu diferencial era a inteligência e sagacidade.

Pedro havia perdido seu RG em sua errância, nesse movimento, ficava anônimo, pois, perdia seu nome no meio do caminho e retornava ao serviço para recuperá-lo. Tentei contato com a mãe para Pedro não se perder de vez em seu anonimato, o adolescente precisava de sua certidão de nascimento para tirar a segunda via de seu RG. Não consegui contato com Luiza, então liguei para as tias de Pedro, que aceitaram levar os documentos a ele.

As tias (Zuleica e Joana) e a irmã (Lara) compareceram ao CAPS, realizei atendimento familiar com a psicóloga. As três relataram que tinham pouco contato com Luiza, por causa da agressividade do pai de Pedro. Joana disse que ninguém sabia o que acontecia na casa de Luiza, pois ela não contava para ninguém. Ela morava com Zuleica e foi morar com o pai de Pedro (nunca nomeado) quando estava grávida, deixando Lara para a tia cuidar. A irmã mostrou ressentimento, enquanto as tias pareciam tentar amenizar e esconder os fatos, ela expunha os acontecimentos com muita raiva. Contou que o pai de Pedro agredia verbal e fisicamente Luiza e a própria mãe, a avó do adolescente, todos os membros da família tinham medo dele.

Quando Pedro entrou no atendimento, as parentes se incomodaram com seu aspecto físico, pois estava muito magro. Ele relatou que o pai batia muito na mãe, por isso escondia que usava crack, tinha medo dele ficar bravo e agredir Luiza. As tias tentaram ajudá-la a fugir com os filhos para outra cidade, mas ela desistiu. Não entendiam por que ela não denunciava o marido e continuava a viver com as agressões. Contaram que Luiza fez uma tentativa de sair de casa, mas o marido a ameaçou de morte e por isso retornou. As tias relataram que Luiza se preocupava com o desaparecimento de Pedro, em um episódio, pregou cartazes pela cidade em busca do filho. Lara desmentiu, disse que os pais nunca foram atrás dele e ressaltou que Luiza não fazia papel de mãe.

Como constatado no atendimento familiar anterior, havia muito que não podia ser dito, inclusive o nome do pai, quase nunca enunciado e riscado pelo adolescente em sua folha de acolhimento. Pedro rompeu o pacto de silêncio com a família ao ir para a rua, denunciando que algo não ia bem no ambiente familiar, deixando a mãe com medo de perder a guarda das irmãs mais novas. Por isso, enquanto os outros se calavam, a “ovelha negra” da família falava, uma fala que escancarava e “escrachava” a violência e o sofrimento familiar. Pedro buscava falar em seu nome, no rompimento com a família e, principalmente, nas tentativas de nomear o que sentia pelo pai, um caminho para nomear seu desejo.

Para maior continência de Pedro durante o tratamento de tuberculose, coloquei como possibilidade a UA enquanto sua referência do AD sugeriu internação em Campos de Jordão, em um hospital especializado para tratamento de tuberculose. Pedro ficou ansioso e triste com a possibilidade de ser internado, chorou e anunciou que iria se cortar para dar fim a sua angústia.

Decidiu retornar para a unidade de acolhimento, onde permaneceu por apenas vinte dias. Pedro pediu para sair durante à noite com outra moradora, porém o combinado era ficar na residência. Ele ficou nervoso com a regra, gritou que não queria ficar preso e que não podiam prendê-lo. Os acompanhantes tentaram conversar, o adolescente não aceitou, pegou suas roupas e disse que a UA não servia para ele, agradeceu e foi embora. Não retornou mais.

Pedro se juntou ao grupo de adolescentes que também haviam deixado a UA, dias depois ligou para os acompanhantes e informou que havia decidido morar com eles. Ficou em “bando” por pouco tempo, mudando de endereço entre a zona Norte, Avenida 23 de maio e Centro. Porém sua angústia era solitária e se confundir com o grupo não aplacava seu sofrimento, a tentativa de se dissolver com o grupo não deu certo.

Havíamos decidido em reunião que caso Pedro retornasse ao CAPS, seria realizado um atendimento compartilhado com o AD para informá-lo que este passaria a ser o serviço de referência. Pedro retornou em um dia de festa no CAPS e não aguardou o atendimento compartilhado. Nos dias que se seguiram, ao chegar no infantil foi informado que seu acolhimento deveria ser realizado no AD e foi assim que fez a partir daí, passou a procurar diretamente o equipamento. Eu não estava no serviço naquele último acolhimento, então, não foi possível realizar uma última conversa como referência de Pedro.

Cruzei com ele algumas vezes esperando acolhimento no AD, com dúvidas se conseguiria cumprir as exigências do serviço, que tinha um fluxo destinado aos adultos. Passou por lá esporadicamente, mas não se vinculou, a exigência era alta: voltar outro dia para o grupo de avaliação, cumprir os horários e números de sessões determinadas para que os

encaminhamentos fossem feitos, ou seja, se adequar ao fluxo de atendimento estabelecido. Conduta diferente daquilo que havia aprendido com Pedro sobre redução de danos, entre as subidas e descidas pela Praça da Sé. De acordo com Lancetti (2013, p. 105-106):

No caso dos chamados borderlines, ou dos que não manifestam nunca sua intenção de deixar de fumar nas drogas ou na família, a respeito dos quais não temos outra opção que interromper sua tentativa de suicídio, temos como única via terapêutica o desempenho de nossa função de bombeiros e transitar pelos percursos do processo suportando a posição paradoxal de cuidadores. Paradoxal porque sustenta a vida como defesa e impede o curso esperado da morte, porque de uma ou outra maneira toma as rédeas da existência. Paradoxal, porque busca, ao mesmo tempo, monitorar um percurso e esperar, paciente, pelo advento de alguma raridade que gere um elemento mínimo e inédito de autonomia. (...) Às vezes a Redução de Danos consiste em cuidado continuado para que o usuário continue vivo mesmo sabendo ou supondo que nunca desistirá de sua adicção.

Mas, afinal, o que é um caso de “sucesso”? Termo muito utilizado nos equipamentos de saúde, discutido por Oliveira (2021, p. 212-213) em seu trabalho. O autor aponta os perigos de tomar o cuidado por este viés “sucesso” x “fracasso”, pois produz expectativas aos trabalhadores em relação aos usuários, que produzem frustração, sensação de impotência e sofrimento.

São ideias que remetem a vários pressupostos ou imaginários. Um deles é o de que as pessoas em situação de rua têm a vida completamente desestruturada; um outro pressuposto é o de que essas pessoas não têm condições de se organizar ou não têm autonomia para isso. Isso coloca outra questão: o que seriam, exatamente, uma vida desestruturada e uma vida estruturada? (...) Os critérios usados para essa definição são dos trabalhadores de saúde, das pessoas cujas vidas estão sendo julgadas, ou uma produção social que vai mais além e que nos habita? Fazer esse julgamento pode acionar um *modus operandi* da equipe de saúde que aponta um conjunto de intervenções ortopédicas que visam “consertar” essas vidas no sentido de que há formas “adequadas” de viver (...). Por outro lado, também vale refletir: essas “vidas desestruturadas”, existências insurgentes, não seriam formas de se estruturar que, apenas, são diferentes das nossas? (...). Os possíveis deslocamentos gerados por essas perguntas fazem uma diferença enorme na forma como as enxergamos e, por conseguinte, nos produzimos nessa relação.

O “sucesso” do atendimento de Pedro não era o final que “todos” esperam: ele parar de usar drogas, trabalhar, estudar, etc, como ocorreu em parte do seu processo. Mas sim o quanto pudemos sustentar suas repetições, o que permitiu mudanças de posição e Pedro pôde viver outras coisas e fazer cortes com o movimento em direção à morte. Parece que não podíamos perceber que o tratamento fundamentado na redução de danos funcionava. Redução de danos é

sustentar as contradições do sujeito, por isso a proposta não pode ser apenas uma, ou seja, a abstinência. Somos manicomiais quando não supomos a divisão do sujeito, assim, não levamos em conta o discurso do usuário e seu tratamento só pode ser aquele determinado e esperado pelos profissionais. Neste caso, redução de danos era dar nome, assim como gritei o nome de Pedro na Cracolândia.

Dois anos depois recebi a notícia da morte de Pedro, devido a complicações pulmonares decorrentes da tuberculose. Apesar da busca incessante por um nome e seus ensaios para se estabelecer como Sky, foi enterrado como indigente. Anônimo. Fui buscando estratégias para tornar essa morte menos anônima.

Ao fazer contato com Luiza para me autorizar a escrever a história de seu filho nesta tese, ela exclamou: “só você mesmo! Você sempre ia atrás dele, você fazia um (pausa) papel de mãe”. Rapidamente respondi que fazia isso exatamente por não ser mãe dele. Interessante que era exatamente este significante, “mãe”, que aparecia como crítica ao trabalho realizado pelo CAPS infantil, “muito maternais”. Era possível eu ir atrás de Pedro, justamente, porque ocupava outro lugar ali. Para esta mãe, não era possível ir atrás do filho. Tratava-se de profissionais, que foram convocados exatamente por ocuparem outro lugar.

Entretanto, naquele encontro com Luiza, ainda me questionava qual lugar ocupava ali, questão central neste trabalho. Durante a conversa nos identificamos pela indignação de Pedro ter morrido “sem nome”. Tentávamos montar um quebra-cabeça para entender o que ocorreu e imaginar como isso poderia ter sido evitado. Aos poucos, conforme falávamos, fomos nomeando Pedro e nos nomeando. Fomos estabelecendo nossos lugares, a minha indignação foi diluindo e Pedro pode aparecer com nome próprio. Brinquei que a morte do adolescente não poderia ter sido sem “causar”, ele jamais teria ido embora sem “escrachar”. Não sairia da vida silenciosamente, sem ser visto, a mãe concordou e pôde falar mais sobre o filho e sua dor. Conteí a ela o que eu acreditava que havia sido transmitido pela família a Pedro: sua inteligência, sagacidade, “ser culto” e alguns dizeres. Não imaginava que o encontro com Luiza faria parte da tese, mas teve efeitos sobre mim que permearam este trabalho.

O Projeto Terapêutico Singular de Pedro foi “dar nomes”: à “solidão”, à “fissura” ao “crack”, ao pai e a si mesmo. Concomitantemente, eu também buscava me nomear, fato que ficou explícito naquela conversa com sua mãe em que tudo parecia mais confuso, mas também se esclarecia: qual o meu lugar? Não era mais a fonoaudióloga do CAPS, mas uma história nos unia e nos marcava. Agora como pesquisadora? Qual seria esse lugar tão novo para mim? Foi possível nomear minha dor anônima ao escrever sobre Pedro, o mais importante desse processo

foi assumir que há marcas em mim, no meu corpo. Costurar as conversas, os registros, o vivido no corpo foi uma tentativa de nomear tudo isso através da escrita.

Para deixar a morte de Pedro menos anônima, a equipe do CAPSi organizou uma homenagem a ele nos pontos que costumava ficar. Lugares onde o procurei por diversas vezes, fui buscá-lo e nunca mais foram anônimos para mim. Sentamo-nos no Largo São Bento e cantamos as músicas que Pedro gostava, aquelas que quando escutávamos, automaticamente ele ocupava nossos pensamentos. Bordamos o nome o qual se nomeava: Sky, com linhas bem coloridas em tecidos vibrantes. Penduramos seu nome bordado em uma árvore. As músicas preferidas também foram costuradas e colocadas nos arredores. Marcando seu nome na cidade que tanto o marcou.

Agora eu conheço esse grande susto de estar viva, tendo como único amparo exatamente o desamparo de estar viva. De estar viva - senti - terei que fazer o meu motivo e tema. Com delicada curiosidade, atenta à fome e à própria atenção, passei então a comer delicadamente viva os pedaços de pão. (Lispector, 1999).

9.3. Desfecho Kelly

*São só dois lados da mesma viagem
O trem que chega é o mesmo trem da partida
A hora do encontro é também despedida
A plataforma dessa estação é a vida desse meu lugar
É a vida desse meu lugar, é a vida
(Milton Nascimento)*

Oito meses após sair da UA, encontrei Kelly na Cracolândia, quando olhei para ela, estava dando uma tragada em seu cachimbo. Ao me ver, segurou a fumaça na boca, levantou-se, me deu um abraço e só depois soltou a fumaça. “Oi, refê!”. Eu disse que estava com saudades, ela respondeu que também estava, “vai lá no CAPS depois”, eu pedi, ela fez “sim” com a cabeça e nos separamos. Percebi aí a intensidade da nossa relação, como já explicado, os adolescentes não se aproximavam de nós na Cracolândia, principalmente nos momentos de uso. Kelly fez uma pausa, um respiro para um abraço. E desta vez, não questionei o que era meu corpo, ao contrário, na proximidade dos nossos corpos naquele abraço, entendi a relação que havíamos construído.

Dias depois interroguei novamente essa relação, Kelly compareceu ao CAPS, acompanhada da técnica da UA, que por acaso a encontrou na Santa Casa. Foi barrada na entrada do hospital pois estava sob efeito de substâncias psicoativas, os seguranças a impediram de entrar no equipamento, momento em que encontrou a técnica e pediu ajuda para “desintoxicação”. Kelly não aceitou o primeiro convite de ir ao CAPS feito pela técnica, pois estava com muita vergonha de mim devido ao nosso encontro na Cracolândia. O que me fez perguntar: “onde foi que eu errei?”. Incomodei-me por não ser vista como um lugar de cuidado por ela, exatamente para estes momentos que se envergonhava. Oliveira (2021, p. 224) explica melhor a situação:

Não é infrequente, ao encontrarmos uma pessoa em situação de rua que não víamos há algum tempo, ela demonstrar vergonha por ter voltado a beber ou a usar outras drogas como antes, por não ter tomado as medicações prescritas, ou não ter comparecido ao local combinado para ser levada a algum serviço previamente demandado. (...) É importante reforçar a ideia de que, se a ciência e a moral são atravessamentos na subjetivação do trabalhador de saúde, também o são na subjetivação das pessoas como um todo, em seus distintos modos de existência. Frequentemente, o projeto de cuidado é construído de forma compartilhada com a pessoa, faz sentido para ela, mas é difícil andar nele, por todas as tensões, os conflitos e a complexidade que é produzir a vida na rua. Dessa forma, esse sentimento de culpa do usuário não se deve apenas às expectativas do trabalhador de que ele fosse agir de certa forma, mas, também, às expectativas criadas por ele mesmo a partir de investimentos do seu desejo. (...) Da mesma forma, é olhar para a dobra “sofrimento da pessoa em situação de rua-sofrimento do trabalhador” produzida como efeito do projeto necropolítico que atravessa de forma violenta essas pessoas que nasceram com a morte grudada no corpo, e para a necessidade de nos colocarmos juntos na luta pela defesa de direitos.

A “vergonha” ainda dizia da potência de nosso encontro, embora eu ainda insistisse que as relações fossem estabelecidas do meu ponto de vista, como se houvesse um modo certo para tal. De acordo com Quinet (1999, p. 51), “a vergonha é um indício de transferência, pois o analista é colocado no lugar do público”.

A escrita do caso de Kelly me foi permeada pela angústia e talvez tenha apagado os momentos de “respiro” e vida que tivemos juntas. Entretanto, tais momentos foram marcados por ela durante seu processo, frequentemente dizia da importância do serviço, por exemplo, quando criou o bordão: “referência é igual Rexona, nunca te abandona” (*sic*). Em dado momento, Kelly instituiu o “dia da referência”, colocou a proposta na assembleia, organizou o serviço e mobilizou os usuários para fazer homenagens aos profissionais na data estabelecida.

É imprevisível o efeito que causamos nos usuários, a despeito de nossas tentativas de controlar e determinar os espaços e lugares. Por mais que tentamos configurar o tratamento de determinado modo, oferecendo diversos procedimentos para proteção e garantia de direitos: hospitalidade noturna, internação, unidade de acolhimento etc., o modo como afetamos o usuário é inesperado. O lugar que ocupamos na transferência é imprevisível, está muito além do nosso controle, os usuários destinam a nós, lugares inimagináveis e surpreendentes. Às vezes não é palpável enquanto estamos na cena, apenas numa leitura retroativa podemos visualizar algo novo, que não havíamos visto enquanto estávamos ali. Mas o que de fato afetou o sujeito é impossível de apreender, temos apenas algumas pistas. Por isso, o que, de fato, temos a oferecer é o nosso corpo. Isto é, trata-se de colocar à disposição um corpo teórico e político que implicará uma presença singular a cada usuário. Trata-se de sustentar o modo como nosso corpo os afeta e o modo como somos afetados por eles.

Encontrei Kelly na cozinha do CAPS quando almoçava, nos abraçamos novamente, foi a última vez que nos vimos. Um ano depois seu prontuário foi encerrado, pois não havia comparecido ao equipamento nos últimos catorze meses. Foi vista algumas vezes nesse período em situação de rua nos territórios Luz e Santa Cecília, mas recusou a abordagem do CAPS na rua. Em discussão com os redutores de danos, foi definido que, caso retornasse, o acolhimento seria realizado pela equipe do CAPS AD. Dessa forma, o caso foi encerrado⁴⁵ no CAPS infantil Sé.

Continuei tendo notícias de Kelly mesmo após o encerramento de seu acompanhamento no CAPS e minha saída do serviço. Ela continuou migrando entre a Cracolândia e Santa Cecília, no último, montou uma rede de cuidados para si. Fez amigos, trabalhou em alguns comércios e foi defendida pelos moradores da região quando foi presa por um crime que não cometeu. Em 2019, Kelly faleceu em decorrência de tuberculose como Pedro. Tentamos um encontro meses antes, mas não deu tempo.

Concordo com Oliveira (2021) quando traz a “necessidade de nos colocarmos juntos na luta pela defesa de direitos”. Sustentar um corpo clínico também significa acompanhar o usuário nessa luta. O PTS de Kelly consistia na desalienação do discurso da sociedade, tanto para ela como para os trabalhadores. Ela gritava pela separação de uma lógica manicomial que a estigmatizava e restringia os lugares que ela podia ocupar. Ou seja, buscava um lugar para seu corpo. Por isso a importância da “negativa” e sua fala: “não sou puta, crackeira, ladra, cabelereira”, era preciso colocar o significante “não” na frente para outros significantes

⁴⁵ Informações colhidas no prontuário.

poderem ocupar e circular na cadeia. O “não” abria outras possibilidades de lugares a ela, não apenas aqueles destinados pela sociedade para pessoas transgênero. Kelly não queria ser cabelereira, queria poder ter escolhas.

O nome em seu registro não a determinava, talvez as brincadeiras com a escrita de seu nome fossem uma tentativa de encontrar uma composição que a representasse e colocasse um basta a todos os nomes que queriam determiná-la antecipadamente. A liberdade que pedia em seu primeiro acolhimento. Parece que a adolescente tentava, como descreve Endo (2017, p. 120):

Ultrapassar o lugar daquele que é visto como *utilizador do SUS* exige do paciente, o esforço de elevar seu apelo vários tons acima da escuta habitual do clínico, num grito de dor, capaz de romper a densa névoa de opacidade entre eles, presente mesmo no estado aparente de pacífica inclusão.

Enquanto escrevia o caso de Kelly, me deparei com uma reportagem na televisão sobre o “Dia Internacional da Visibilidade Trans”, data destinada a comemorar as contribuições das pessoas transgênero para a sociedade, dar visibilidade para a luta por cidadania e direitos, além de conscientizar a população sobre a discriminação e preconceitos. A reportagem mostrava novos equipamentos específicos para a população LGBTQIA+ situados no centro de São Paulo e pessoas que haviam trocado de nome em seus documentos. Após decisão do Supremo Tribunal de Justiça de 2018, transgêneros têm o direito a trocarem o nome no registro civil. Trata-se de “ser reconhecida pelos outros do modo que somos reconhecidos” conforme colocou uma das pessoas entrevistadas, que enfatizou uma “mudança no corpo e no papel”. O final da notícia mostrava travestis e transexuais ocupando diversos lugares no mercado de trabalho, não apenas como cabelereira ou prostitutas como denunciava Kelly.

Me deparo ali com as mudanças ocorridas no discurso da sociedade nesses últimos dez anos, outros significantes circulando em torno desta população e outros lugares sendo instituídos no laço social. Muito do que Kelly trouxe durante seu processo, às vezes sem perceber, tem sido discutido explicitamente na sociedade atualmente, há uma grande mudança em nosso discurso. Questão que me acompanhou durante toda a escrita do caso, num “mundo de fantasia” imaginava como seria para ela viver esse discurso em que seu “mundo de fantasia” é falado como realidade. E, também, não pude deixar de pensar, como seria ser sua referência com outros significantes circulando em minha fala. Colocando a importância das mudanças instauradas, os “furos” no discurso manicomial e segregador. Por fim, hoje consigo escutá-la

nessas falas e vejo que Kelly continua viva em sua luta, como disse Clarice Lispector (1998, p. 13) em “A hora da estrela”: “porque há direito ao grito, então eu grito”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O samba, a viola, a roseira
Um dia a fogueira queimou
Foi tudo ilusão passageira
Que a brisa primeira levou
No peito a saudade cativa
Faz força pro tempo parar
Mas eis que chega a roda-viva
E carrega a saudade pra lá
(Chico Buarque)*

*Mas iremos achar o tom
Um acorde com lindo som
E fazer com que fique bom
Outra vez, o nosso cantar
E a gente vai ser feliz
Olha nós outra vez no ar
O show tem que continuar
(Arlindo Cruz)*

Procurei refletir neste trabalho sobre o lugar do fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental. Recorte que suscitou questões advindas da minha prática clínica e me fez percorrer diversos caminhos. A circulação entre a Fonoaudiologia, Clínica de Linguagem, Saúde Coletiva e Psicanálise tensionaram a escrita dessa tese. Fazer a articulação de três campos distintos me exigia uma posição que muitas vezes parecia um “não lugar”, um campo levantava questões ao outro e como resultado houve uma desconstrução em mim enquanto clínica e pesquisadora: fazer uma pesquisa é “desterritorializar-se”. Segundo Abrahão *et al.* (2013, p. 134) trata-se um “exercício de desaprendizagem do já sabido, um exercício de desinstitucionalização do prescrito”.

No campo da Saúde Mental, mais especificamente em um Centro de Atenção Psicossocial, o fonoaudiólogo não é convocado apenas nos casos em que há uma patologia na linguagem ou comprometimento na motricidade oral, voz etc. Ou seja, sua atuação ultrapassa as especialidades da Fonoaudiologia, a demanda não é diretamente formulada ao especialista, então quando o fonoaudiólogo se manifesta é, antes de tudo, pelo ato que o determina, e não pela função que ocupa.

A agitação, o insulto, a crise epilética, o bloqueio, a interpretação persecutória de um gesto não espera a entrevista do dia seguinte para serem produzidos. E um certo modo de se endereçar ao sujeito, um certo modo de intervir ou de não intervir, um cálculo sobre a posição que deve ser ocupada pode ser exigido de qualquer profissional em horários que não coincidem com

o dia de sua prática ou com o horário da consulta. (Zenoni, 2002, p. 22, tradução da autora)⁴⁶.

Por se tratar de uma clínica de atenção à crise, o imprevisível impera na rotina do serviço. A tensão entre a especialidade e equipe “desespecializada” fez pressão durante toda a escrita desta tese. Quando escrevia o capítulo da Fonoaudiologia, meus objetivos eram claros, mas quando me aprofundava nos casos clínicos a questão de minha profissão, por vezes, se esvaziava e parecia perder o sentido. Efeitos da montagem institucional do CAPS, a equipe desespecializada não demanda especialidades, mas as especificidades dos profissionais são essenciais para o encontro com o sujeito e para dar direções ao caso. Nesse sentido, acredito na importância da discussão sobre as especificidades para dar passos na Clínica da Atenção Psicossocial.

No que tange à especificidade da Fonoaudiologia, a partir da revisão de literatura realizada no capítulo 01, foi possível constatar que há predominantemente duas correntes teóricas que direcionam o trabalho do fonoaudiólogo. Uma que sustenta a atuação do fonoaudiólogo pelo viés da “comunicação” e outra que a parte do princípio de que a linguagem tem um funcionamento próprio e é estruturante do sujeito.

A maioria dos pesquisadores sustenta o trabalho do fonoaudiólogo na Saúde Mental através da noção de comunicação. De modo geral, a Fonoaudiologia está vinculada a esta noção em sua definição do campo, uma vez que é concebido como o profissional que cuida dos “distúrbios da comunicação”.

Araújo (2006) aponta que tal termo circula na área como se fosse equivalente ao conceito de “linguagem”, que fica reduzida a noção de comunicação e tratada como instrumento de trocas intersubjetivas e de representação. A pesquisadora (2006, p. 396) traz a definição linguística do termo:

comunicação implica troca de informações, transmitidas de uma pessoa a outra por meio de uma mensagem codificada (...). A transmissão de mensagens [é] passível de ocorrer por meio de qualquer sistema de codificação que permita o trânsito intersubjetivo de informações, tendo em vista a produção de uma significação única.

⁴⁶ L'agitation, l'injure, la crise “épileptiforme”, la bagarre, l'interprétation persécutrice d'un geste n'attendent pas l'entretien du lendemain pour se produire. Et une certaine façon de s'adresser au sujet, une certaine façon d'intervenir ou de ne pas intervenir, un calcul en somme de la position qu'il convient d'occuper peuvent être requis de tout praticien ou dans des moments de la journée qui ne coincident pas avec la pratique ou le moment de la consultation.

Nesse sentido, quando há impossibilidade ou prejuízo no processo de transmissão de mensagens entre os interlocutores, há ameaça à comunicação, ou melhor, há algum nível de distúrbio na comunicação. A autora esclarece que por este motivo, diferentes “patologias” são reunidas no rótulo "distúrbio da comunicação" na Fonoaudiologia.

A pesquisadora (2006, p. 397) segue explicando que em uma teoria da comunicação, os interlocutores são empíricos, uma vez que a troca de mensagens convoca a presença de pessoas reais e prontas para interagir.

A partir da seleção de unidades do código, as mensagens são codificadas e transmitidas pelo remetente a um destinatário que, se em condições de decodificá-las, obterá como resultado uma mensagem como significação única, ou seja, apreenderá a intenção do codificador, graças ao acesso dos interlocutores a um código comum.

Assim, os interlocutores são constituídos pela situação concreta de comunicação e possuem capacidade cognitiva para intervir e agir sobre o código, mesmo quando as relações são assimétricas. Desse modo, ainda com Araújo (2006), a linguagem fica reduzida a instrumento da comunicação, a serviço da transmissão de intenções dos interlocutores e comparece como função acessória da representação (cognição), cuja meta é a relação social.

Note-se que na interação entre interlocutores unidos por um mesmo código, as mensagens são transmitidas sem equívoco, o que supõe uma “transparência” das unidades linguísticas, uma vez que a mensagem emitida pelo remetente chega intacta ao destinatário. Por fim, a pesquisadora conclui, trata-se de uma concepção em que a linguagem está fora e independente do falante. O sujeito tem cognição e controle sobre a linguagem, uma vez que pode localizá-la, reconhecê-la e se apossar dela.

Para Araújo (2006) e os pesquisadores do grupo de pesquisas “Aquisição Patologias e Clínica de Linguagem”, a linguagem, mais que funções, tem um funcionamento próprio, como já discutido. Não se trata da interação empírica entre duas pessoas, a Língua enquanto leis de referência interna da linguagem entra como "um terceiro", o que é incompatível com a concepção de interação como uma relação dual, que está na base da ideia de comunicação. O Outro como instância é concebido como lugar, ou seja, não se trata mais do “outro empírico”, trazendo o reconhecimento de um sujeito dividido entre o que fala e o que escuta.

Mais do que um instrumento para a relação social, a linguagem estrutura o sujeito, nas palavras de Lacan (1967, p. 09):

Então, para que serve isso, a linguagem?

Se ela não é feita nem para significar as coisas expressamente, quero dizer que não é de modo algum sua destinação primeira, e se a comunicação também? Pois bem, é simples, é simples e é capital: ela faz o sujeito. Isso basta amplamente. Porque, de outro modo, eu pergunto a vocês, como é que vocês podem justificar a existência no mundo do que chamamos de sujeito?

A linguagem é anterior ao sujeito, ou seja, há sujeito apenas e unicamente depois de haver significante. Lacan (1967, p. 11) introduz aí a dimensão do “Outro (com O grande) como posição e lugar do significante”, o sujeito é engendrado pelo significante e inscrito em algum lugar ao nível do Outro. A partir daí, o autor (1967, p. 09) questiona “então, será que podemos nos compreender?”, e coloca que “nos compreendemos trocando o que a linguagem fabrica (...) por exemplo, o desejo”.

Colocar a linguagem enquanto estruturante do sujeito rompe com a ideia da interação enquanto relação social e dual, e conseqüentemente com a ilusão da comunicação.

O inconsciente é estruturado como uma linguagem; é que a linguagem, todo mundo sabe disso, enfim, vivemos aí dentro, só que é bastante curioso, é até muito curioso, especialmente quando se fala da linguagem, achamo-nos sempre obrigados a ir ao que é exatamente o contrário da experiência mais comum: a linguagem não é feita para a comunicação. A prova está ao nosso alcance o tempo todo; vocês devem ainda assim perceber, quando estão com seu cônjuge ou sua cônjuge, por exemplo, que quando começam a serem forçados a explicar as coisas, primeiramente não é apenas que a coisa vai mal, mas em segundo lugar é sem esperança! E quanto mais você se esforça menos se comunicará... enfim... (risos na sala) é mortal! (risos). (Lacan, 1967, p. 09).

Nesse sentido, Lacan coloca que a Psicanálise não opera no registro da compreensão, uma vez que não há transparência na linguagem. Se fosse por esta direção, tomaria o outro como transparente, e o autor alerta “não somos transparentes a nós mesmos!”. O que afasta a ideia de comunicação como transmissão de mensagens:

Não é claro que, a comunicação... a saber, que se imaginaria que quando você diz uma frase, isso representa uma mensagem, e que do outro lado, a frase, é a mesma que aquela que você pronunciou... na verdade, não é aquela que você pronunciou que é importante, é aquela que está do outro lado, é claro. É justamente por isso que você não sabe o que você disse. É fundamental que vocês saibam disso: que cada vez que você fala, pelo menos com algum outro, você não sabe o que diz, quando está sozinho, menos ainda.

Para a psicanálise, como já dito, não se trata do sujeito cognitivo, detentor do conhecimento, mas sim do sujeito dividido que lhe falta o controle sobre o outro, o diálogo e a

linguagem. Por isso, não importa ao analista o sentido ou uma mensagem a ser codificada, mas sim aquilo que escapa ao sujeito em forma de ato falho, chiste, etc.

Fato que pôde ser notado na discussão dos três casos, em que havia uma grande distância entre o que o técnico dizia e o que chegava na escuta do sujeito. Os profissionais se frustravam com a falta de transparência da linguagem, pois os adolescentes não respondiam as mensagens dos técnicos da maneira esperada e vice-versa.

Não se tratava de dar sentido as falas dos adolescentes, ao contrário, quando muito revestida de sentido, operava-se uma alienação e repetição. No caso de João, os significantes precisaram ser esvaziados para escutar aquilo que escapava ao sujeito em seus atos, que pode ser considerado como “*acting out*”. As contradições no discurso de Pedro, quando revestidas de sentido, restringia o olhar dos técnicos a uma “não aderência” ao tratamento. E, Kelly, em que a mensagem chegava em meu ouvido decodificada, mas não era possível escutá-la: “quero um remédio para não sair da casa”. Todos compreendemos a sua frase, mas não seu apelo de continuar na UA mesmo depois de completar dezoito anos.

Note-se que tomar a linguagem como estruturante do sujeito produz efeitos na clínica, nesse sentido, os pesquisadores o Grupo de Pesquisa mencionado apontam para a importância da distinção entre os conceitos de comunicação e linguagem. De acordo com Araújo (2006), a noção de interpretação na clínica de linguagem é bem diferente da ideia de “codificação e decodificação” de mensagens entre interlocutores que partilham o mesmo código, implicando, assim, simetria entre falantes.

Um sujeito na posição intervalar entre fala e escuta supõe uma assimetria insuperável entre falantes numa mesma língua, que remete à heterogeneidade entre falas e sujeitos. Fazendo da comunicação uma ilusão já que não haverá previsibilidade e coincidência entre o que o sujeito fala e o que o outro escuta. Ainda que o objeto da área seja definido como “distúrbios da comunicação”, entende-se aqui que “comunicação” é efeito de linguagem. A relação entre falantes não é simétrica, embora seja necessária a ilusão de comunicação entre eles.

Esclareço que a definição de comunicação discutida por Araújo, se distingue da concepção utilizada pelos autores apresentados no capítulo 01. As consequências que podemos tirar do trabalho da pesquisadora é apresentar um outro raciocínio para sustentar o trabalho do fonoaudiólogo na Saúde Mental. Ressalto que não se trata de sobrepor uma teoria a outra, como se uma fosse melhor ou mais efetiva. Ao contrário, as fonoaudiólogas pioneiras sustentam o lugar da Fonoaudiologia como o profissional da comunicação e assim, fazem um trabalho exemplar e, como já dito, puderam implantar a Saúde Mental como um campo de atuação. As

práticas voltadas à saúde como produtora de vida e não ausência de doenças alargaram o espaço do fonoaudiólogo.

Realizar essa distinção entre linguagem e comunicação tem o intuito de trazer mais uma concepção teórica como opção para o fonoaudiólogo subsidiar sua atuação. Existem outras concepções teóricas que não estavam presentes na revisão de literatura, mas que também norteiam o fonoaudiólogo nesta clínica. O que importa ao campo é que há uma escassez na literatura sobre o tema, e, para dar passos, é preciso que cada vez mais o fonoaudiólogo possa se ocupar de produções científicas na Saúde Mental.

Muitas vezes, ocorre que o fonoaudiólogo rompe na prática com uma atuação tradicional, mas tropeça para sustentar um discurso sobre a tal novidade. Acaba se ancorando ainda na noção de clínica fundamentada pelas patologias e as especialidades da Fonoaudiologia para justificar sua presença no campo, embora sua atuação seja de outra natureza. É preciso romper com o ranço do pensamento biomédico e se aproximar do raciocínio clínico da Atenção Psicossocial. De acordo com Elia (2018, p. 108):

É preciso manter a atenção psicossocial em sua especificidade, que se especifica por não ser afeita a nenhuma especialidade: todos os profissionais, todos os atores, todos os agentes podem e devem intervir na ação e cuidado, na ação clínica, que é política ao mesmo tempo, pois que sempre visa a posição do sujeito em relação ao corpo social concreto, ao laço social, à cidade e à cidadania.

A direção tomada nesse trabalho converge com Barbosa *et al.* (2020a, 2020b) quando diz que há um “modus operandi” para direcionar o trabalho do fonoaudiólogo. Trata-se do conceito de “escuta”, que apesar de tomarmos concepções teóricas distintas, acredito que é isso que garante a especificidade do fonoaudiólogo. Ao longo do trabalho, trago a importância da constituição de uma escuta a partir de certa concepção de linguagem, que me sustentava em todos os espaços do CAPS. Esse era meu instrumental quando estava no espaço de convivência, aparentemente sem margens e paredes. Ressalto que a convivência extrapola os muros do serviço, já que o CAPS estava alocado em minha escuta “itinerante”, isto é, poderia operar em diversos cenários: subindo com Pedro até a Praça da Sé ou em meio ao aparente caos da Cracolândia.

O corpo é a escuta do clínico. A noção de corpo parece tomar diversas formas nesse trabalho e, aparentemente, perder seu rigor teórico, principalmente nos momentos em que surge na cena clínica. Assumi correr esse risco, pois procurei ter o cuidado de não deixar a teoria sobrepor a clínica. O receio era que as teorizações tamponassem a prática e silenciasses os

corpos. Desafio para uma articulação entre teoria e prática, em que o conceito parece precisar se esvaír para poder ser teorizado. Esclareço que parti e assumi a concepção da psicanálise de corpo pulsional, isto é, aquele constituído pela linguagem. Entendo que supor o corpo pulsional é supor que a escuta está no corpo.

Ao longo da escrita dessa tese ainda estava tomando a escuta como acoplada à orelha, ainda resquícios de minha formação como fonoaudióloga, figurava a escuta nesta parte do corpo. Agora entendo que a escuta está no corpo: no meu colo quando João chorava, nos encontros com Pedro na rua, no empurrão de Kelly. Pôr em jogo a transferência, “implica pôr em jogo o corpo através da fala, através desse artifício singular que se assemelha ao amor”, segundo Matet e Miller (2007, p. 03). Entendo, também, que o corpo de um clínico é determinado no encontro com o sujeito, uma vez que o corpo do terapeuta tem certa função para um psicótico, muito diferente do que representa para um neurótico. Questão que levanto como uma possibilidade para aprofundamento teórico.

Seguindo essa linha, a escolha dos casos apresentados não poderia ser outra, senão, os efeitos do encontro com o sujeito em meu corpo. Assim, tal escolha não passou pela minha especialidade, foram aqueles que me afetaram, cada um a seu modo, no período que estive no CAPS. Encontros, que por vezes me angustiava e por vezes me trazia leveza, e assim, marcaram meu corpo e produziram mudanças em mim enquanto clínica. João, Pedro e Kelly me “tiravam do lugar”, assim me levaram a formular questões e obrigaram a me deslocar de um lugar fixo.

Cabe fazer uma breve consideração sobre o método utilizado, pois, retornar aos prontuários me afetou de diversas formas. Primeiramente, tinha uma grande expectativa de voltar aos escritos para resgatar as lembranças do que vivi. Mesmo sabendo, a partir de minha formação, que nos prontuários seria impossível recuperar a totalidade da experiência. Lier DeVitto e Emendabili (2015, p. 74) refletem sobre o “corpus”, isto é, o material colhido para transcrição e análise da fala de crianças em processo de Aquisição de Linguagem: “corpus em latim é também cadáver (assim como em inglês *corpse*) – cadáver da voz, do corpo que fala, isto é, cadáver do instante da experiência vivida”.

Apesar de saber que iria me deparar com um “cadáver”, no fundo a expectativa era me reencontrar com a intensidade do vivido, que obviamente foi frustrada, uma vez que me deparei com a falta. De acordo com Lier DeVitto (2004, p. 56), “o registro não registra o inefável do instante da situação vivida”. Pior do que a frustração, me deparei com um corpo estranho: alguns de meus escritos sobre os casos, claramente, não era o que eu pensava na época, questioneei: “por que escrevi isso se eu defendia outra posição?”. Nara me salvou mais uma

vez, quando contei da minha indignação, apontou: “mas não era exatamente para isso que usávamos os prontuários? Para fingir que concordávamos com a equipe?” (*sic*). Acho que isso era fazer furos na instituição e os furos não aparecem na escrita dos prontuários.

Com outro olhar pude ver as nuances de minha escrita, do que estava dito sem dizer, ou melhor, sem estar escrito. Posteriormente, coleí nos prontuários, me agarrei as cenas que estavam descritas ali, o que me resultou em uma grande dificuldade em fazer cortes no texto. Todas as cenas eram importantes para mim, difícil escolher quais permaneceriam na redação final, estava tão dentro da cena que não conseguia me separar dos dados colhidos.

Por fim, o efeito foi lidar com a falta e chegar naquilo que é impossível de ser dito sobre o vivido, nos prontuários ou na escrita desse trabalho. Tentava resgatar a intensidade do vivido em palavras e me deparei com o impossível. Então, como fazer essa transmissão? Silva (2018, p. 154) reflete sobre a questão:

Resta fabular outras possibilidades para os suportes de narrativas na clínica, rachar os prontuários e as palavras para permitir gagueiras, composições entre pensamentos oriundos de regimes diferentes e hibridizar os discursos. Quem sabe assim eles possam se aproximar cada vez mais das experiências vividas e encarnadas nos corpos daqueles que aproximam dessa prática clínica, enquanto usuários dos serviços e trabalhadores.

A escrita foi dando contornos e delineando as narrativas, os caminhos foram surgindo também a partir do que me afetava conforme escrevia. Endo (2017, p. 40-41) coloca que a pesquisa revela um desejo no pesquisador-clínico, despertado por uma paixão pelo “misterioso-estranho” revelado no encontro clínico e que já de início lhe foge ao alcance.

Escrever o que *restou* da clínica representou o encontro com o *inquietante*, com o conteúdo que se perdeu na memória, mas não se dissipou completamente e, mesmo decorridos anos do vivido, deixou rastros de uma vivência *pática*, que pôde se constituir como *narrativa* capaz de se tornar experiência. A este respeito, a definição do *caso* em pesquisa distingue-se do relato de atendimento ou transcrição deste relato, o qual deve abstrair da história individual do paciente.

Ainda com a autora (2017, p. 40), nesse momento posterior à intensidade vivida na clínica, a escrita do caso “reedita as angústias do material que restou encoberto” e o pesquisador “experimenta a vivência de *confins*, que alia a vastidão do trabalho clínico à do livre pensar do pesquisador. A sua busca a partir daí, poderia ser a de alcançar uma *margem* na qual *se ancorar*”.

Os pontos de angústia delineados durante a escrita foi a direção tomada para contornar a narrativa dos casos. Foram os lugares em que se impunha um imperativo em meu imaginário: “não pode!”, devido ao corpo a corpo com os usuários, os settings inusitados e ao “excesso”. Parecia haver um excesso que não cabia numa relação terapeuta-paciente. João e seus atos que o fixavam em um discurso, sustentar em meu corpo sua raiva e choro para poder inserir novos significantes para circular no discurso sobre ele. Pedro e as “subidas” para a Sé, o estabelecimento de uma relação transferencial “clandestina” e desavisada, onde o “não pode” se instaurava sem nem fazer pressão, pois nem contava aquele momento como parte de seu PTS. As buscas pelo Largo São Bento e o “não pode” inverter a demanda. Kelly e a imposição do atendimento individual circunscrito pelo “não pode” atendê-la em seu quarto. “Não pode” que resultou em uma “não escuta”.

Desse modo, entendo que o clínico também precisa esvaziar o grande Outro, isto é, destitui-lo de saber para diluir os “imperativos” imaginários. Para mim, tomavam a forma “não pode” relacionado ao setting e ao corpo a corpo. Outros profissionais traziam imperativos voltados ao discurso moralista enraizado em nossa sociedade. O encontro com os adolescentes permitiu desmontar a onipotência do Outro, assim foi possível sustentar outro discurso sobre João e as repetições de Pedro. No caso de Kelly, o “entre vários” e o funcionamento da equipe operou como um deslocamento em mim, que me via tão colada ao corpo da adolescente.

Nos três casos foi preciso um “corpo” para não recuar diante do imperativo, ao mesmo tempo que o “não pode” me pressionava, eu não paralisava diante dele, isto é, não me esquivava do encontro com os adolescentes e me jogava na dinâmica do serviço. Paradoxalmente, o que me impulsionava eram os preceitos da clínica de linguagem, com eles, me sentia autorizada a estar com os usuários em qualquer cenário.

Há efeitos da teorização da Psicanálise, a concepção de sujeito do inconsciente e a lógica estrutural também constituíram minha escuta. Os conceitos privilegiados na discussão dos casos: “passagem ao ato”, “*acting out*” e “pulsão de morte” estabelecem uma direção outra aos casos que se afasta dos lugares já determinados para os adolescentes. Trata-se de fazer outras leituras e inserir outros significantes no discurso da instituição. O que eu queria com a psicanálise era ler João, Pedro e Kelly como adolescentes e não a partir dos estigmas: transgressor, drogado, prostituta. Era olhá-los a partir de algo que era comum a qualquer adolescente, isto é, algo estrutural ao sujeito. Fazendo, assim, uma ruptura com o discurso manicomial vigente na sociedade.

Foi acompanhando João, Pedro e Kelly que fui me desespecializando, em cada um dos lugares que passaram, operava em mim uma pequena desconstrução: CAPS, abrigos, internação, UA, Copa da Inclusão, Luta Antimanicomial, a garantia de direitos. Os três me levaram a suspender meu saber de especialista e fui aprendendo com eles os princípios do SUS, a PNH e a clínica da Atenção Psicossocial. Teorias que passaram a entrar em meu discurso e marcaram minha escuta, essenciais para a construção de meu corpo clínico. Os primeiros contatos com tais conceitos me causaram estranhamento, pois, pensava que não se tratava de fazer uma “humanização” na clínica, por exemplo, “integralidade” não me soava bem, pois suponho um sujeito dividido e não integral.

Aos poucos, fui deixando de tratar tais conceitos como signo e passei a desconstruí-los, assim, passaram a estatuto de significante, a partir da teorização em que surgiram e da intensidade da prática na rotina do CAPS. Nesse sentido, tais significantes foram ocupando outros lugares na cadeia discursiva. Conforme postulado por Saussure (1916), um significante só obtém valor quando posto em relação com outro significante. Então não se trata defini-los em sua unidade, mas sim dentro de seu arcabouço teórico e no dia a dia da clínica. É o mesmo raciocínio feito por Elia (2018, p. 106) ao discutir o termo “Saúde Mental”:

Na verdade, a saúde mental extravasa o campo da saúde, ela não é estritamente um recorte do campo da saúde. Saúde mental não é estritamente saúde. O mental da expressão, mais do que um adjetivo restritivo, precisa ser tomado em sua dimensão significante (o que afasta o empuxo de fazer dele o signo do que se refere à mente), metaforizando o sentido da expressão, com o que ultrapassa a lógica saúde/doença.

É disso que se trata um conceito teórico: “humanização”, “integralidade” ganham outro sentido dependendo do lugar que ocupam numa cadeia.

Cabe lembrar que os princípios do SUS e a PNH servem para todos os serviços da rede de atenção à saúde: hospitalar, atenção básica, especializada, urgência e emergência. Por isso, a concepção de sujeito deve abarcar diversas correntes teóricas: o epistêmico, do inconsciente, de direitos, etc. A subversão do modelo biomédico e uma outra concepção de saúde e sujeito, abre a possibilidade de a clínica de linguagem operar nos equipamentos do SUS. Desse modo, o estabelecimento dessas diretrizes: princípios do SUS, PNH é imprescindível para a entrada dessa clínica nos serviços públicos.

O mesmo pode ser dito da articulação entre a política de Redução de Danos e a clínica de linguagem. Como abordado no capítulo 05, acompanhar João, Pedro e Kelly foi chegar à Cracolândia, e assim, entender por que o fonoaudiólogo pode e deve estar ali. Tal capítulo pode

parecer um desvio da rota de meu objetivo, ao retomar a história do bairro da Luz e me debruçar sobre o funcionamento da Cracolândia. Entretanto, não se trata de um desvio, mas sim de uma direção.

A inserção na Saúde Mental pede ao fonoaudiólogo uma atuação na cidade, isto é, direcionar sua prática a partir do sofrimento do sujeito que tem seu mal-estar atrelado a lógica que rege a sociedade contemporânea. É o que coloco no capítulo 01, é preciso assumirmos a posição de “fonoaudiólogo cidadão”. Conforme aponta Elia (2018, p. 107-108):

O ponto mais subversivo da atenção psicossocial é a sua potência em afetar o tecido social. A prática dos CAPS, muito além da intersetorialidade que já a retira do espaço intramuros da saúde e da territorialidade que a lança no espaço das instâncias formais e informais da cidade, consiste em uma incisiva e ao mesmo tempo delicada (no mesmo sentido de uma cirurgia em um tumor recôndito em alguma porção interna e pouco acessível do cérebro) intervenção e afecção no tecido social. Uma clínica-política do tecido social, e neste binômio (clínica-política), o termo política não deve ser tomado como adjetivo em relação ao termo clínica, e sim como um segundo substantivo: trata-se de uma clínica que é ao mesmo tempo uma política. Não apenas aquele cujo psiquismo sofre “grave e persistentemente”, mas os que convivem com ele, parentes, vizinhos, parceiros de laços sociais, quando existem, e também os profissionais que dele tratam a diferentes títulos, precisam entrar, por assim dizer, em uma nova lógica, na qual o mote principal é que se suporte a loucura no laço social que tem por função contumaz e histórica rechaçá-la, segregá-la, interná-la, excluí-la. Não é fácil que uma sociedade, um Estado, uma gestão pública suportem uma coisa como o CAPS, quando ele opera próximo à plenitude de sua potência!

Retomar a história e entender como as forças institucionais atuam na Cracolândia faz parte do trabalho do fonoaudiólogo que tem uma prática clínica-política e o território como prioridade. É importante salientar que a política higienista explícita nas ações do Estado, também está presente na história da Fonoaudiologia, na origem e estruturação do campo, como discutido no capítulo 02.

Há pesquisadores que colocam a Cracolândia como um ato político, uma vez que as violências ocorridas e escondidas nas periferias estão ali, no centro da cidade, escancaradas para todos verem. Taniele (2012, p. 189) traz a “rota do crack” na cidade de São Paulo para tentar entender o “processo que fez com que um pedaço da região central da maior metrópole brasileira se tornasse nacionalmente conhecido como a ‘terra do crack’, a ‘cracolândia’”. O crack teria chegado primeiro à zona leste da cidade, “se deslocando da periferia para o centro e ali se territorializando”, assim, deslocando também a ordem do território:

Espaço em que a ordem normal está de fato suspensa e no qual o Estado de exceção se torna regra, isto é, um espaço “*sem lei*”, criado por um Estado que combina controle com cuidado, vida com morte e no qual a violência é constantemente empregada em nome da paz e da ordem. (Rui, 2012, p. 216-217).

A autora afirma que não há como negar os efeitos e as consequências dessa aparição pública. Alocar-se no centro é colocar à vista da sociedade, todas as consequências da necropolítica, “varridas para baixo do tapete” nas periferias. Assim, a Cracolândia pode ser vista como um ato de resistência e mobilização política, enquanto houver desigualdade social e violência, a cracolândia há de continuar no centro para denunciar a qualquer transeunte, o que ocorre nas periferias. Rolnik no documentário “Luz” aponta que “São Paulo é uma das cidades do mundo que, por incrível que pareça, não teve um processo de gentrificação total do seu centro porque tem uma resistência”. A autora coloca que pode ser constatado claramente no processo histórico do bairro da Luz, pois o poder público tenta de várias maneiras higienizar o centro, inclusive com o extermínio, mas há sempre uma resistência que barra tais tentativas.

Nesse sentido, acredito que atuar sob a ótica da redução de anos na Cracolândia é um ato de resistência. Constatação que ficou evidente diante do contexto político que essa tese foi escrita. Nos últimos quatro anos, o Brasil estava sob regime do governo de Jair Bolsonaro, que implementou como política oficial a necropolítica, avançando a “ultradireita” e o modelo “ultraneoliberal” e “ultraconservador”. Enquanto o Brasil pendia para a marca de 700 mil mortos devido a pandemia de Covid-19, o presidente debochava da população imitando pessoas sentindo falta de ar. De acordo Szermeta; Pereira Filho (2022, p. 10) o “método Bolsonaro de destruição”

promove a asfixia material das estruturas do Estado, inviabiliza os sentidos públicos e universais previstos na Constituição de 1988, a deslegitima junto à população, a cidadania e legitima a violência e o autoritarismo; e, desarticula as políticas públicas em todos os níveis (Federal, Estadual e municipal) e em todas as áreas em que atua o Estado brasileiro.

Assim, perdíamos o ar vendo o SUS ser desmontado de modo muito perspicaz, foram diversas alterações que impactaram o sentido original da Constituição. As políticas de Saúde Mental sofreram ataques, principalmente, as políticas de álcool e drogas. O decreto nº 9761 de 11 de abril de 2019 modificou a Política Nacional sobre Drogas e colocou a abstinência como objetivo e diretriz, tornando as Comunidade Terapêuticas protagonistas do cuidado, acarretando diversos problemas discutidos no capítulo 07.

Diante desse cenário, acredito que é preciso aprofundar as teorizações sobre a clínica de atenção psicossocial e, principalmente, a redução de danos, num ritmo mais intenso. Além da força do discurso no senso comum, como discutido no capítulo 03 e 04, é o uso de drogas como doença e a abstinência como tratamento, o raciocínio hegemônico nas universidades brasileiras. A produção científica nessa área é prioritariamente feita por médicos, que disseminam e fortalecem ainda mais a concepção biomédica, conforme discutido nos capítulos 04 e 05.

Em contraponto com os médicos confinados em seus consultórios, temos os redutores de danos atuando na ponta de forma exemplar, contribuindo diariamente para a construção e sustentação dessa clínica. Foi com os redutores do CAPS AD que aprendi as bases da redução de danos. Entretanto, não são esses profissionais que estão nas universidades, o acesso é dificultado para a eles, uma vez que trabalham com uma carga horária excessiva e um salário reduzido. Enquanto os redutores não estiverem nas universidades produzindo conhecimento, vai ser muito difícil não sermos engolidos por essas políticas desastrosas de forma devastadora.

A clínica da atenção psicossocial, em geral, precisa ser aprofundada teoricamente, principalmente no campo da infância e juventude. É disso que se trata quando coloco a especificidade como questão importante, é preciso cada vez mais fazermos articulações teóricas com aquilo que vivemos na prática. Silva (2018, p. 126) discute a questão:

O número de serviços para o cuidado à infância e juventude cresceu nos últimos anos e talvez por isso agora seja possível engrossar o caldo da discussão das práticas de cuidado em âmbito público. O que necessariamente coloca em questão os dispositivos de cuidado: serviços, teorias, normativas... Com os relatos e pesquisas é possível ficar mais próximo da realidade das práticas e seus desafios. Principalmente quando nos estudos pode-se abrir problematizações e não ficar preso à defesa dos moldes já existentes.

Nesse sentido, é preciso que a clínica possa questionar a teoria e os dispositivos de cuidados para produzir avanços no campo. No entanto, isso não será possível se as universidades não abrirem espaço para os trabalhadores da Saúde Mental. Há um descompasso entre o tempo dos trabalhadores e o da universidade. De modo geral, a maioria dos profissionais trabalham em regime de 40 horas semanais, além de não sobrar tempo para os estudos, a maioria das aulas ministradas são no horário de trabalho dos profissionais. A intensidade das instituições acaba por adoecer corpos dos trabalhadores, inclusive, porque essa articulação teórica fica inviabilizada.

Silva (2018, p. 142) aprofunda a discussão, coloca que financeiramente não é viável para todos os profissionais investirem em espaços de formação. E alerta que, muitas vezes, a

parceria com as universidades não é feita de modo cuidadoso, tendo como consequência, um maior distanciamento: “a entrada nos territórios ou nos serviços que visam ser muito pedagógicas ou de alguma forma desconsideram que existam saberes nas práticas também tendem a alimentar um afastamento das pessoas desse ambiente”. Coloco aqui, a universidade como um espaço de fala, se os trabalhadores permanecerem silenciados, não há por que nos surpreendermos com os retrocessos que nos atropelam frequentemente. Para garantir o funcionamento do CAPS é preciso discutir sua clínica, nunca se fechar em um ponto teórico, ou seja, é preciso sempre produzir novos saberes a partir do corpo a corpo com os usuários.

Antes de minha experiência no CAPS, tinha dúvidas em relação a efetividade do modelo, como dito na introdução, devido a minha experiência clínica, fazia uma crítica antecipada aos grupos terapêuticos. Ao ingressar no equipamento, as críticas viraram questões que me inquietaram em toda a minha trajetória e resultaram na escrita dessa tese. No momento em que sai do CAPS, após uma “enxurrada” de clínica e muitas mudanças em mim, não criticava mais o modelo, mas sim a precariedade que temos no serviço público.

O funcionamento dos equipamentos de saúde está suscetível a muitas variáveis, principalmente no que diz respeito à gestão. Por exemplo, se uma organização social tem um viés “médico-centrado”, a direção dada ao serviço geralmente coloca o psiquiatra como o centro da equipe. O sucateamento e a privatização dos serviços de saúde, intensificados nos últimos anos, fazem obstáculos para um CAPS funcionar como um CAPS.

Além disso, como discutido ao longo do trabalho, há um funcionamento nas instituições que operam como o discurso do mestre, objetificando aqueles a quem se propõem a cuidar, há o saber totalizante em detrimento do sujeito. De acordo com Stevens (2011, p. 78) “uma instituição é orientada por um significante-mestre da civilização”. Há um discurso manicomial enraizado em nossa sociedade, que afeta violentamente alguns corpos e restringem os lugares que esses sujeitos podem ocupar.

O CAPS não escapa da estrutura da sociedade e das instituições, diante desse cenário, me interrogava “como garantir que um CAPS funcione como um CAPS?”. Qual a estrutura do serviço que garante seu modo de funcionar? Pensava que haveria algo em sua estrutura que poderia guiar nosso trabalho, direcionar o serviço para garantir o funcionamento como proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Acredito que há um funcionamento no equipamento que o torna mais suscetível a barrar as forças perversas da instituição. Não se trata eliminar essas forças, pois, seria impossível, mas

sim produzir barreiras nisso que da instituição retorna sobre o sujeito. Ainda com Stevens (2011, p. 78-79):

Não consiste em estabelecer um outro significante no lugar do primeiro, não se impõe nem se opor ao mestre, nem se pôr ao seu serviço. (...) Não é um contramestre, ele deve, antes, furar os S_1 da instituição, barrá-los, fazendo aparecer sua inanidade no que concerne àquilo que ela estabeleceu como objetivo a ser tratado. É a clínica, a articulação, caso a caso, que produz esse efeito e põe no primeiro plano de nosso trabalho o S_1 do sintoma de cada criança, mais do que o S_1 do mestre da civilização.

Há uma estrutura no CAPS que faz com que a instituição seja menos enrijecida, que possibilita a emergência do sujeito, e assim, fazer furos nas cristalizações institucionais.

Encontrei inspiração nos autores da prática entre vários, mesmo entendendo as diferenças entre clínicas, instituições e principalmente do território em que os serviços estão inseridos. Trago uma definição de Di Ciaccia (2005, p. 47) sobre a “prática entre vários” e a Antenne 110:

O essencial desse trabalho institucional é compreender que ele se estrutura sobre quatro eixos, que são o suporte de um mesmo ponto de basta com o valor de significante mestre. Ponto “de basta”, é importante enfatizá-lo, não para as crianças, e sim para estruturar o trabalho na instituição.

O que me interessou nesta fala foi que o modo como a instituição se estrutura dá suporte para barrar os movimentos fundantes de qualquer instituição, que sempre encarna o lugar de grande Outro absoluto e aniquila o sujeito. Fixando-os em determinada ordem, e deixando-os com poucas possibilidades de mobilidade, isto é, reduzindo-o ao lugar de objeto. Os eixos, mencionados pelo autor, servem como um “ponto de basta” para essa força das instituições.

Nesse sentido, tentei refletir sobre possíveis eixos que operam no CAPS e sustentam um enquadramento que tem como finalidade romper com a lógica manicomial. A partir dos casos apresentados e das teorizações em que circulei, faço uma tentativa de elaboração de quatro eixos:

- 1) Instante clínico
- 2) Reunião de equipe
- 3) Profissional de referência
- 4) Gestor/teoria: PNH, princípios, portarias.

1) Instante clínico

Trata-se do encontro do técnico com o usuário, o “corpo a corpo”, quer dizer, o encontro com o particular do sujeito no seu mais íntimo. Encontro que deve ser guiado a partir das exigências estruturais dos sujeitos e não pelas burocracias da instituição. Para isso, é preciso o profissional estar despido da especialidade, ou seja, do lugar de saber, pois, quem dita a direção é a estrutura do sujeito.

Instante em que é preciso sustentar um “vazio” e a angústia proveniente daí, mas é o que abre a possibilidade de o sujeito aparecer. Afetado pelo sujeito, o clínico produz um ato que produz efeitos sobre ele. Trata-se de “fazer corpo”, sustentar um corpo no encontro com o usuário. Momento também em que o trabalho coletivo se faz presente, a alternância de profissionais, com suas diferentes especificidades, opera para diluir os efeitos devastadores do Outro e permite a emergência do sujeito. É preciso um espaço para falar sobre os efeitos do instante clínico para a continuidade do processo, desse modo, esse eixo deve estar atrelado ao próximo: a reunião de equipe.

2) Reunião de equipe

A função da reunião de equipe é a criar um espaço coletivo em que se fala sobre o usuário, fazendo circular os dizeres para construir e sustentar um discurso sobre o sujeito. Não se trata apenas de pontuar as mudanças ou impasses do usuário, mas sim de realizar a construção do caso clínico para a equipe elaborar um saber sobre o sujeito. Não está em jogo a soma de informações dos elementos trazidos pelos profissionais, mas sim de estabelecer um “diagnóstico do discurso” construído pela equipe. Desse modo, chega-se a um ponto de orientação, em que a equipe toma uma decisão e produz no coletivo uma “autoridade clínica”. Nesse sentido, o que está em jogo é a construção de um saber que autoriza a equipe a tomar decisões e uma posição frente ao sujeito. Essa operação acarreta a constituição da escuta do clínico a partir do texto diagnóstico tecido pelos profissionais, sendo assim, a reunião de equipe é espaço determinante para a construção do corpo do clínico.

3) Profissional de referência

O técnico de referência não é aquele que sabe mais sobre o caso, que dirige ou supervisiona os colegas. O lugar não é fixo, trata de uma posição que pode circular entre os profissionais. Não se trata de um lugar burocrático, muitas vezes o papel da referência não é realizado por aquele que é nomeado institucionalmente desse modo. Mas sim, aquele que

assume uma posição frente ao caso, um lugar na relação transferencial que opera mudanças no sujeito e equipe. Trata-se de um investimento do profissional para sustentar a presença do usuário no serviço, que sempre corre o risco de ser determinado pela equipe por discursos cristalizados “não tem perfil para o serviço”, “não adere o tratamento”. Basta um profissional investir no caso para garantir a presença do usuário e fazer circular outros discursos na instituição. De acordo com Bosquin (2007, p. 179) “cabe enfatizar que, entre esses “vários”, era preciso ao menos um que sustentasse a aposta de seu desejo para que a elaboração de saber do sujeito pudesse advir e prosseguir”. Como pôde ser visto no caso de Pedro e suas referências “clandestinas”. Nesse sentido, a função do profissional de referência é proteger o usuário dos efeitos nefastos da instituição e lógica manicomial.

4) Gestor

O papel do gestor é sustentar a Política Nacional de Humanização e as diretrizes do SUS na construção e rotina do serviço. É responsável para que o equipamento funcione a partir dessa lógica que tem como foco o sujeito. As portarias devem ser lidas a partir dos princípios do SUS e PNH que tem um compromisso ético com o sujeito, para evitar uma leitura enviesada pelo imaginário da equipe. Como apresentado no caso de João, em que a gerente trazia as diretrizes para direcionar as discussões da equipe, os processos de trabalho e a construção do serviço. As leis não garantem seu estabelecimento na prática, mas são essenciais que estejam implantadas. Segundo Silva (2018, p. 122):

O âmbito macropolítico, aquele das organizações diretivas das políticas, é essencial para sustentar a viabilidade da existência de uma prática. Não é possível dizer que ele não importa, que somente importa o que acontece entre os trabalhadores e as pessoas que eles acompanham, pois se todo o aparato macropolítico não garante a eficácia da prática, ele produz efeitos no campo social. Ele tem sua importância, assim como o trabalho com o sensível no ato de cuidar. Nesse sentido, travar a luta pela forma que se redige uma lei, pela manutenção de um serviço, mesmo não operando da forma mais apropriada com sua concepção, tem também seu lugar de importância.

Os eixos não operam sozinhos, isto é, devem funcionar juntos para garantir o funcionamento de um CAPS como um CAPS. Essas quatro instâncias também fazem a convivência não se reduzir a “qualquer coisa” e permite a itinerância do CAPS. É um funcionamento “maleável”, que permite fazer uma instituição dentro da instituição, ou seja, admite um reinventar incessante na sua maneira de operar em função de cada sujeito. É isso que significa “furar a instituição”.

Não se trata de fechar, mas sim de iniciar uma reflexão. Trata-se de apontar um caminho para criarmos estratégias para sustentar os CAPS e a Reforma Psiquiátrica. Pode ser uma direção também para orientar o trabalho do fonoaudiólogo, que muitas vezes se vê se desnortado quando despido de sua especialidade. Saber que há pilares regendo o funcionamento de um CAPS, que muitas vezes se parece com “qualquer coisa”, pode ser uma margem para o fonoaudiólogo se ancorar. Dessa forma, pode ser subsídio para sustentar a presença do fonoaudiólogo a partir da especificidade de sua atuação.

Por fim, o corpo do clínico no CAPS é teórico, político e clínico. Discorri sobre a importância da especificidade de uma teoria para a constituição de uma escuta, no meu caso, a clínica de linguagem e Psicanálise. Os princípios do SUS, suas diretrizes e os preceitos da clínica da Atenção Psicossocial também operam na constituição do corpo de um clínico. Por fim, a reunião de equipe que constrói um saber coletivo que produz efeitos no instante clínico.

Para falar sobre a face política deste corpo, trago a equipe do CAPS infantil Sé, até porque não seria possível finalizar esse trabalho sem falar da particularidade desse coletivo. Elia e Figueiredo concordam que a formação de uma equipe não é dada, mas sim construída. “Fala-se em ‘equipe’ já de um modo naturalizado, mesmo que se saiba que não basta contratar diferentes profissionais e colocá-los em determinado serviço para que se tenha um trabalho ‘em equipe’” (Figueiredo, 2005, p. 44).

Foi um privilégio fazer parte da construção dessa equipe e desse CAPS, em que estávamos unidos por um desejo em comum. Ressalto que os embates sempre em torno do sujeito, foram constitutivos da formação da equipe. Concordo com as palavras de Capistrano Filho (2015, p. 127):

Sou favorável a uma estratégia de confronto, de conflito; se não fizermos confronto, conflito, não vamos avançar nem mudar nada. Uma das piores vertentes da tradição brasileira é o horror ao conflito, a busca do consenso, a valorização do consenso que gerou um tipo humano especial, que é chamado de ‘homem cordial brasileiro’. Essa ideia de consenso, de mascarar o conflito, só serve à conservação das coisas como estão.

O conflito é essencial para manter vivo o “espírito psicossocial”, é sinal de que o sujeito está ali, pressionando “estilhaçando” a instituição. Mais uma vez, coloco que trazer a divergência de pensamentos, a tensão e polaridade das discussões não teve a intenção de realizar julgamentos aos profissionais, ou definir posições e manejos como certos ou errados. Mas sim pensar na estrutura da instituição e seus efeitos, e, colocar em outro lugar tais discussões e falas. Assim como Bethânia fazia, direcionando as falas nos corredores para as reuniões, trata-se aqui,

de elevar tais falas e acontecimentos a um estatuto teórico para caminhar com a clínica da atenção psicossocial.

Acredito que essa equipe fazia furos. Apesar das resistências, cabe dizer que a equipe do CAPS infantil Sé não recuava diante do sujeito. Em conversa, mais atual, com Jorge, hoje gestor de um CAPS, sobre a dificuldade em encontrar fonoaudiólogos para trabalhar no SUS, relembramos a história dessa equipe. Ele definiu: “a gente tinha ‘corpo’”, concordei, pois, naquele momento, estava às voltas exatamente com essa questão durante a escrita da tese.

A potência do trabalho coletivo nos dava contorno e nos fazia “ter corpo”. A construção de um trabalho, a construção do CAPS, o CAPS na rua, a implantação da Unidade de acolhimento, e, principalmente os embates acerca dos usuários contribuíram para a constituição desse corpo clínico. Não à toa, Nara nomeou a equipe do infantil da Sé como “a Tropicália da Saúde Mental”, se referindo ao “Tropicalismo”⁴⁷. A intensidade dos corpos, a vivacidade, o desejo, a resiliência e, principalmente, a capacidade de inventar de novo o amor a cada novo obstáculo, as decisões e apostas sempre ousadas desse corpo clínico. Não foi à toa também que os nomes escolhidos aos trabalhadores nessa tese, foram figuras e músicas importantes do Tropicalismo. Eu costumava dizer que diante da precariedade das situações, nós tirávamos recursos da alma.

O final dessa história, ou melhor, da minha história no CAPS foi o “chamamento público”⁴⁸. Em meados de 2014 a Prefeitura de São Paulo realizou uma reformulação dos contratos das OSS com a justificativa de criar mecanismos mais sofisticados de controle e fiscalização do repasse de verba para os parceiros. Foi lançado um chamamento público a fim de realizar novos “contratos de gestão” para cada Supervisão Técnica de Saúde das regiões leste, centro, oeste, sul, sudeste, norte. Assim, uma OSS ficaria responsável por todo um território.

O processo do Centro foi mais longo do que as outras regiões, pois intercorrências ocorreram e foi preciso abrir vários editais. Houve uma mudança substancial no último edital,

⁴⁷ O Tropicalismo foi um movimento de ruptura que sacudiu o ambiente da música popular e da cultura brasileira entre 1967 e 1968, seus participantes formaram um grande coletivo. Irreverente, a Tropicália transformou os critérios de gosto vigentes, não só quanto à música e à política, mas também à moral e ao comportamento, ao corpo, ao sexo e ao vestuário. Tudo indicava, portanto, uma ruptura com o que era feito até o momento na música e um novo processo para a construção das canções, repleto de singularidades e complexidade. Era um movimento de inovações estéticas que propunha reinventar a música brasileira. O movimento, libertário por excelência, durou pouco mais de um ano e acabou reprimido pelo governo militar.

Disponível em: <http://tropicalia.com.br/identifisignificados/movimento>. Acesso em: 06 out. 2023.

⁴⁸ “O Chamamento público é um procedimento feito pela administração pública para executar atividades ou projetos que tenham interesse público. Essa parceria é celebrada por meio de termos de colaboração, fomento ou acordos de cooperação”. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos>. Acesso em: 06 out. 2023.

o critério de seleção foi apenas o menor orçamento apresentado, desconsiderando a qualidade técnica das OSS concorrentes. Em caso de empate, seria realizado um sorteio para definir qual organização seria selecionada. Desse modo, a OSS que apresentou o orçamento mais baixo, isto é, o “menor valor” ganhou o chamamento e ficou com a gestão do Centro.

O resultado do chamamento aterrorizou a equipe e usuários, uma vez que a faixa salarial da nova OSS era inferior ao valor estabelecido pela organização anterior. Assim, o serviço seria desmontado com a demissão de maior parte do quadro de funcionários, permaneceriam apenas oficinairos e técnicos de enfermagem.

O significativo “menor valor” circulou e ressoou em nossa escuta naqueles meses de muita angústia. O trabalho construído durante seis anos seria finalizado ali, já que o CAPS é o corpo (do) clínico: a relações com os usuários e a transferência de trabalho da equipe. Os meus últimos meses no CAPS foi de luta, foi “roda vida”, mobilizações e articulações foram feitas numa tentativa de parar esse processo violento. Trabalhadores e usuários foram reduzidos ao “menor valor”, tratava-se de lutar para não permanecer nesse lugar.

O nosso maior medo era de sermos expulsos do serviço de um dia para o outro, sem poder nos despedir dos usuários (e de nós mesmos) como havia ocorrido em outros territórios. Usuários com sofrimento psíquico intenso viveram a desorganização dos serviços em transição, o que produziu situações de crise, mais sofrimento e um aumento do número de internações.

Ditados pelo “menor valor”, diariamente cálculos eram feitos para ver se havia dinheiro suficiente para manter os profissionais no equipamento. Cada dia era uma roleta russa, pois, a cada novo cálculo era enunciado qual categoria não poderia permanecer no serviço. Uma luta contra o tempo.

Naquele momento pude constatar que há vida na morte. A equipe/usuários vivos lutando contra os novos manicômios, contra o sistema, contra a morte. Resistimos. A força do Centro fez nossa luta não ser vã. Conseguimos manter boa parte dos profissionais no serviço, não apenas os oficinairos e técnicos de enfermagem. A Cracolândia e o trabalho de abordagem na rua construído em todo território fizeram pressão. Não por uma preocupação com os usuários, mas porque a mídia estava com os olhos voltados para a região.

Concomitante com esse processo, eu decidi que meu tempo no CAPS havia sido finalizado. A minha despedida também foi a despedida de todos os trabalhadores que não permaneceram no equipamento. Então nos despedimos de uma certa fase do serviço.

Marcas foram feitas naqueles passaram pelo CAPS infantil Sé, o reencontro com técnicos ou usuários daquela época é sempre eufórico: “o que foi aquilo?” e a constatação quase

ingênua “nunca mais vai ser igual!”. O CAPS virou referência para mim, outros profissionais e usuários: “não é tão bom, não é igual a Sé!”. A escrita dessa tese foi uma tentativa de sair, de fato do CAPS, acreditava que poderia fechar algo e finalmente produzir um desfecho. Fracassei, a Sé deixou marcas que não vão sair. Mudou minha vida, não só como clínica, mas como pessoa, permitiu situar meu lugar no mundo e olhar para ele de outra maneira.

Nos anos que seguiram, em todo evento da Luta Antimanicomial, há sempre um momento imprevisível, “sem querer”, ou melhor, sem hora marcada que a equipe desse primeiro tempo do “infantil da Sé” se encontra. De repente, os profissionais estão ali, juntos, na “convivência” e sempre alguém faz a “proposta”: “e aí? vamos refazer essa equipe?”. Na sequência várias interjeições de saudades, mostrando que a Sé pulsa em cada um de nós.

No dia 18 de maio de 2023, após poucos passos na Avenida Paulista, fui presenteadada com conversas admiráveis em poucos minutos. Uma delas foi durante o encontro com Caetana, que me contou da inauguração de uma Unidade de Acolhimento infanto-juvenil em um município próximo de São Paulo: “é muito diferente do centro. Quando tem os pais, o trabalho fica muito diferente” (*sic*). Alguns passos adiante, encontro Dora, hoje gerente de um CAPS, conversamos sobre a importância da “convivência”. E chegamos no momento nostálgico, a inevitável lembrança da Sé. Ela me conta de uma conversa com Jorge, que disse a ela: “A Sé morreu, esquece a Sé, não existe mais!” (*sic*).

Não me esquivei de trazer “conversas informais” durante esse trabalho, pois, é assim que a Reforma Psiquiátrica acontece. Essas conversas tão densas duraram menos de cinco minutos, mas continuaram ressoando em mim por um tempo. Os desdobramentos dessas falas dariam uma tese de doutorado, enfim, conversas que merecem ser teorizadas e lidas. É preciso transformar as falas dos profissionais em teorias. O SUS e a Reforma Psiquiátrica são construídos no dia a dia: as conversas, a rotina do serviço, a “convivência”. É nesse cotidiano em que “a água bate na bunda todos os dias”, que se dá, também, a construção de políticas públicas.

Horas depois eu constato: a Sé não morreu. Tudo que não pode acontecer é a Sé morrer. O mais importante dessa experiência é a transmissão. As trocas rápidas com os profissionais sobre os desafios em outros lugares, me fez pensar que esse trabalho está sendo transmitido por cada um de nós. Vi ali nossos discursos sobre aquela experiência, aqueles acontecimentos, circulando em diversos serviços. Assim vejo as sementes espalhadas, cultivadas e germinando em outros terrenos. Assim, não há final para essa história. Seguimos revivendo e resistindo.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v. 39, p.133-144, 2013.

ALMEIDA, Beatriz Paiva Bueno de; CUNHA, Maria Claudia; SOUZA Luiz Augusto de Paula. Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde de **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 25, n.1, p. 27-33, abr. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14921/11148>. Acesso em: 01 mai. 2020.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 123p.

ANDRADE, Lourdes. **Os efeitos da fala como acontecimento na clínica fonoaudiológica**. Letras de Hoje, Porto Alegre: EDIPUC-RS, v. 36, n. 03, p. 261-265, 2000.

ANDRADE, Lourdes Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 349-360.

ARANTES, Lúcia. **Diagnóstico e clínica de linguagem**. Orientadora: Maria Francisca Lier-DeVitto. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ARANTES, Lúcia. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. In: LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 315-330.

ARANTES, Lúcia. Efeitos da introdução de *la langue* na discussão do diagnóstico na Clínica de Linguagem. **Revista DELTA**, São Paulo, v. 34 n.3, p.909-918, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-445021754502578737>. Acesso em: 04 mar. 2023.

ARANTES, Lúcia. Diagnóstico na clínica de linguagem: escuta e interpretação. **Linguística**, Montevideo, v. 35, n. 2, p. 39-48, 2019. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2079312X2019000200039&lng=es&nrm=iso . Acesso em: 04 mar. 2023.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues. Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1004-1012, mai-jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620146613>. Acesso em: 01 mai. 2020.

BAIO, Virginia. O ato a partir de muitos. **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n.13, p. 55-62. 1999. 2011 (versão online). Disponível em https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf . Acesso em: 10 jan. 2022.

BARBOSA, Caroline Lopes; LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; SOUZA, Luiz Augusto de Paula. Considerações sobre grupos terapêuticos fonoaudiológicos em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil. *In: II ENCONTRO DE SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL*, 2016, São Paulo. **Anais eletrônicos [...]** Campinas: Galoá, 2016. Disponível em: <https://proceedings.science/esm-2016/trabalhos/consideracoes-sobre-grupos-terapeuticos-fonoaudiologicos-em-um-centro-de-atencao?lang=pt-br>. Acesso em: 12 abr. 2023.

BARBOSA, Caroline Lopes; ALENCAR, Isabela Barros Gonçalves; MENDES, Vera Lúcia Ferreira; SOUZA, Luiz Augusto de Paula. Fonoaudiologia e escuta clínica em equipe de saúde mental: percepção de pais de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 22, n.1, p.01-13, 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/202022110819>. Acesso em 02 mai. 2020.

BARBOSA, Caroline Lopes; LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; MENDES, Vera Lúcia Ferreira; SOUZA, Luiz Augusto de Paula. Clinical listening, Mental Health Professionals and Speech-Language Pathology: experience in the Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSij). **CoDAS**, São Paulo, v.32, n.6, p. 01- 09, 2020b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20202019201>. Acesso em 01 de jun. 2021.

BASTOS, Adriana Dias de Assumpção. **Considerações sobre a clínica psicanalítica na instituição pública destinada ao atendimento de usuários de álcool e/ou drogas**. 2009. Orientador: Ademir Pacelli Ferreira. Co-orientadora: Sonia Alberti. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2009. 01 jun. 2021.

BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI, Sonia. Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 212-225, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170100>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BASTOS, Adriana Dias de Assumpção; ALBERTI Sonia. Do paradigma psicossocial à moral religiosa: questões éticas em saúde mental. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 285-295, 2021. Disponível em: [10.1590/1413-81232020261.25732018](https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018). Acesso em 01 de jun. 2021.

BEZERRA, Daniela Santos; RINALDI, Doris, Luz. A transferência como articuladora entra a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, junho 2009.

BOSQUIN, Patrícia. Escreve para mim... um corpo. *In: MATET, Jean-Daniel; MILLER, Judith. **Pertinências da Psicanálise Aplicada**: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 174-179.*

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Estabelece Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. Diário oficial (da) República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [1992]. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário oficial (da) República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Equipe de referência e apoio matricial.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004a]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004b]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [2004c]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010a]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010b]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde [2011]. Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 03 outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde [2012].

Disponível em

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em 03 outubro de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2015]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em 03 outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Decreto nº **9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério Justiça e Segurança Pública [2019]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 03 outubro 2021.

CAPISTRANO FILHO, David. David amigo. In: LANCETTI, Antonio. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015. 127p.

CARVALHO, Glória. Questões sobre o deslocamento do investigador em aquisição de linguagem. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, v. 47, n. 1 e 2, p. 61-67, 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cel/article/view/8637270>. Acesso em: 01 maio 2020.

CAVEDINI, Roberta Custódio. A gentrificação da Cracolândia em São Paulo: a materialização do pensamento higienista. In: **XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana**, 2019, Vitória. Anais do XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana - XVI SIMPURB. Vitória: Editora Milfontes. v. 1. p. 1-4523, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/simpurb2019/article/view/26712>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CHIODETTO, Larissa Vieira Araújo de Pádua; MALDONADE, Irani Rodrigues. Atuação do profissional e desafios da prática fonoaudiológica em rede de saúde pública municipal. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo: v. 30, n. 4, p. 688-704, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i4p688-704>. Acesso em: 01 de maio 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (Brasília). **Código de Ética da Fonoaudiologia**. Este Código de Ética foi aprovado na 56ª Sessão Plenária Extraordinária, de 03 de dezembro de 2021, e regulamentado pela Resolução CFFa nº 640/202. Diário Oficial da União: seção 1, p. 448-449, 09 dez. 2021.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais.

Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>. Acesso em: 01 de maio 2020.

DAGERMAN, Stig. **A Política do impossível**. São Paulo: Editora PT, 2008, 143p.

DE LEMOS, Cláudia Thereza Guimarães. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. **Iberoamericana**, Frankfurt, Madri, v. 8, n.1, p. 3-16, 1982.

DE LEMOS, Cláudia Thereza Guimarães. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, Barcelona, v. 1, n.1, p. 121-136, 1992.

DE LEMOS, Cláudia Thereza Guimarães. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de estudos linguísticos**, Campinas, v. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, Cláudia Thereza Guimarães. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição de Linguagem. In: LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 21-32.

DI CIACCIA, Antonio. A prática entre vários. In: LIMA, Márcia Mello de; ALTOÉ, Sônia. **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 34-54.

DIAS, Ana Carolina Afonso. **O desejo na psicose e o Projeto Terapêutico Singular: a direção de tratamento na saúde mental pública**. São Paulo: Benjamin Editorial, 2022, 168p.

ELIA, Luciano. O sujeito, o real e o social. In: **II SEAD - Seminário de Estudos em Análise do Discurso: O campo da análise do discurso - mapeando conceitos, confrontando limites**, 2006, Porto Alegre, v. 01, p. 01-06, 2006.

ELIA, Luciano. **O estatuto da evidência na clínica institucional de saúde mental infantil contemporânea**. In: III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2008, Niterói. Anais do III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2008.

ELIA, Luciano. **O inconsciente público e coletivo e a estrutura da experiência psicanalítica: aplicações da Psicanálise ao campo da Saúde Coletiva e Mental**. In: IV Congresso de Psicopatologia Fundamental, 2010, Curitiba.

ELIA, Luciano. **Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. In: II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade, 2013, São Paulo.

ELIA, Luciano. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMER, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria; VOLTOLINI, Rinaldo (org.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015.

ELIA, Luciano. Psicanálise, Campo Público e Saúde Mental: Uma articulação necessária entre política e clínica. **Psicanalistas pela Democracia**. 23 jul. 2018. Disponível em <https://psicanalisedemocracia.com.br/2018/07/psicanalise-campo-publico-e-saude-mental-uma-articulacao-necessaria-entre-politica-e-clinica-luciano-elia/> . Acesso em: 19 dez. 2021.

ELIA, Luciano. Medicalização e subjetividade. In: Universidade Federal do Espírito Santo. (Org.). **Questões sobre direitos humanos: justiça, saúde e meio ambiente**. 1ed. Vitória: Editora da UFES, v. 1, p. 102-111, 2018.

ENDO, Teresa Cristina. **Sofrimento psíquico à margem do SUS**. São Paulo: Zagodoni, 2017, 140p.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 43-55, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272005000200004&lg=pt&nrm=iso . Acesso em: 19 dez. 2021

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, Andréa Máris Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010. p.11-18.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. O Singular e o Coletivo: Por uma Política do Não-Todo. **Revista Subjetividades**, v. 20, p. e9132, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iEsp2.e9132> . Acesso em: 19 dez. 2021

FINGERMANN, Dominique. O tempo na experiência da psicanálise. **Revista USP**, [S. l.], n. 81, p. 58-71, 2009. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i81p58-71. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13731>. Acesso em: 19 dez. 2021

FONSECA, Paula Fontana; "Núcleo de Educação Terapêutica e a clínica constituída na relação entre educar e tratar", p. 125 -134. In: **Concepções e proposições em Psicologia e Educação**. São Paulo: Blucher, 2017. Disponível em: DOI: 10.5151/9788580392906-08. Acesso em: 19 dez. 2021

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização (1929)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, Sigmund **Psicologia de grupo e a análise do ego (1921)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976a.

FREUD, Sigmund. **Além do princípio de prazer (1920)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, Sigmund. **O Estranho (1919)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976b.

FREUD, Sigmund. **Sobre o narcisismo: uma introdução (1914a)**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

FREUD, Sigmund. **Observações sobre o amor transferencial (1914b)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976c.

FUDISSAKU, Fernanda. **Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem**. Orientador: Lúcia Maria Guimaraes Arantes. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

GIANESI, Ana Paula Lacorte. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. **Psychê**, São Paulo, v. 9, n. 15, p. 125-138, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141511382005000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2023.

GUÉGUEN, Pierre-Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: MATET, Jean-Daniel; MILLER, Judith. **Pertinências da Psicanálise Aplicada**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007, p.17-21.

HERRERO, Elaine. A história de como o “exército de brancaleone” foi derrotado apesar de ter salvado o “pequeno príncipe” da exclusão social. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v.5, n.11, p.120-131, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v5i11.68811>. Acesso em 15 de abr. 2023.

HERRERO, Elaine. **Oficina (radicalmente) de Linguagem em um Centro de Convivência e Cooperativa: a artesanaria da palavra**. Orientadora: Ruth Ramalho Ruivo Palladino. 2021. 146f. Tese (Doutorado em Fonoaudiologia/Comunicação Humana e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

HESSEL, Marilisa Barbosa. A fonoaudiologia entre a objetividade e subjetividade: atuação em uma Enfermaria de Saúde Mental. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo: UNESP, v.19, n. especial, p. 267-289, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1984-9044.20200023>. Acesso em 01 de jun. 2021.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e Comunicação**. 1ed. São Paulo: Cultrix, 1976.

JUCÁ, Vlândia dos Santos; VORCARO, Angela Maria Resende. Adolescências em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. **Psicol USP**, São Paulo, v. 29, n.2, p.246-252, mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420160157>. Acesso em: 20 jun. 2022.

KUPFER, Maria Cristina Machado A presença da psicanálise nos dispositivos institucionais de tratamento da psicose. **Estilos da clínica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 18-33, 1996. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571281996000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2023.

KUPFER, Maria Cristina Machado e VOLTOLINI, Rinaldo e PINTO, Fernanda de Souza Castro Noya. O que uma criança pode fazer por outra?: sobre grupos terapêuticos de crianças. In: KUPFER, Maria Cristina Machado, PINTO, Fernanda de Souza Castro Noya. **Lugar de vida, vinte anos depois: exercícios de educação terapêutica**. São Paulo: Escuta-FAPESP, 2010. p. 97-112.

LACAN, Jacques. **A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957)**. In: Lacan, Jacques Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Pequeno discurso aos psiquiatras. In: **Conferência: A psicanálise e a formação do psiquiatra**, 1967, Paris. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/270116905/Discurso-Aos-Psiquiatras>. Acesso em 01 jun. 2021.

LACAN, Jacques. **Seminário 17: O avesso da psicanálise (1969-1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, Jacques. **Do discurso psicanalítico**: conferência de Lacan em Milão em 12 de maio de 1972 (1972). Tradução: Sandra Regina Felgueiras. Recuperado de: <https://goo.gl/acB885>. Acesso em: 01 jun. 2023.

LACAN, Jacques. **O Seminário, Livro 20: Mais, ainda (1972-1973)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LAJONQUIERE, Leandro de; SCAGLIOLA, Roberto. Conversando sobre Bonneuil. Entrevistas com Maud Mannoni, Marie-José Richer-Lérès e Lito Benvenuti. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 3, n. 4, p.20-40, 1998. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571281998000100003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 17 jun. 2023.

LAMANNO-ADAMO, Vera Lúcia Colussi Entre o público e o privado: o espaço intersticial. **Jornal de psicanálise**, v. 46, n. 84, p. 93-98, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352013000100008&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 20 mai. 2023.

LANCETTI, ANTONIO. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2013. 127p.

LANCETTI, ANTONIO. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015. 134p.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n.13, p. 07-13. 1999. 2011 (versão online). Disponível em https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf . Acesso em: 10 jan. 2022.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 281-295, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em 21 jun. 2023.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Sobre o sintoma: *efeito da fala no outro, déficit de linguagem, ou ainda?* **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 245-252, 2001.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, Nina Virgínia de Araújo. **Corpilinguagem: gestos e afetos**. Campinas: Mercado das Letras, 2003. p. 233-245.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 47-60, 2004.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC-FAPESP, 2006. p. 183-200.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca. Efeitos do pensamento de Saussure na teorização sobre erros e sintomas na fala. In: FIORIM, José Luiz; FLORES, Valdir do Nascimento; BARBISAN, Leci Borges (org.). **Saussure - a invenção da Linguística**. São Paulo: Editora Contexto, 2013, v. 1, p. 113-134.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. Incidências da novidade Saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem. **REL - Revista Estudos em Letras**, Mato Grosso do Sul, v. 1, n.1, p. 65-76, mai-jun. 2020. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/estudosletras/article/view/5195/3428> . Acesso em: 09 fev. 2022.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. **Letras de Hoje**, [S. l.], v. 33, n. 2, 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/15069>. Acesso em: 09 fev. 2022.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca; ARANTES, Lúcia. Clínica de Linguagem e Interacionismo: tangenciamentos e distanciamentos. In: SHIRO, Martha; BOLÍVAR, Adriana; MARINKOVICH, Juana. **Procesos de aprendizaje de la lengua oral y escrita: teoría y práctica**. São Paulo: Líquido Editorial, v. 1, p. 12-26, 2023.

LIER-DE VITTO, Maria Francisca; EMENDABILI, Mariana. Uma posição sobre a escuta na clínica de linguagem. **Linguística**, Montevideo, v. 31, n.2, p. 73-82, dez. 2015. Disponível em: Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2079-312X2015000200006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2022.

LIPAY, Maíra Somenzari; ALMEIDA, Elizabeth Crepaldi de. A fonoaudiologia e sua inserção na Saúde Pública. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 16, n. 1, p.31- 41, jan-fev. 2007. Disponível em: <https://seer.sis.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1073/1049>. Acesso em 01 de mai 2020.

LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998, 87f.

LISPECTOR, Clarice. **A descoberta do mundo**. São Paulo: Rocco; 1999, 480f.

LUZ. [S. l.: s. n.], 2011. 1 vídeo (24 min.). Publicado pelo sítio Left Hand Rotation. Disponível em: http://lefthandrotation.com/museodesplazados/ficha_luz.htm. Acesso em: 01 de mai 2020.

LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; HERRERO, Elaine. Saúde Mental e Fonoaudiologia: modelos de atenção e perspectivas para o trabalho. In: Marchesan, Irene Queiroz; Justino, Hilton; Tomé, Marileda Cattelan. **Tratado de Especialidades em Fonoaudiologia**. São Paulo: Guanabara Kogan, 2014, p. 758-65.

LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; PÉCHY, Silvia Helena Sthhr. In: LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; Lauridsen-Ribeiro, Edith. **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 87-99.

MAGALHÃES, Taís. Campos de disputa e gestão do espaço urbano: a Operação Sufoco na “Cracolândia” paulistana. **Ponto Urbe**, n. 21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.3615>. Acesso em: 01 de maio 2020.

MARIAGE, Véronique. Uma prática em instituição orientada pela psicanálise pura. In: MATET, Jean-Daniel; MILLER, Judith. **Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 59-65.

MATET, Jean-Daniel; MILLER, Judith. Apresentação. In: MATET, Jean-Daniel; MILLER, Judith. **Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p.1-8.

MENDES, Vera Lúcia Ferreira. Fonoaudiologia e Saúde Coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 213-224, jun. 1999. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11160>. Acesso em 01 de maio 2020.

MILLER, Jacques-Alain. Saúde Mental e ordem pública. **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n.13, p. 14-24. 1999. 2011 (versão online). Disponível em https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf . Acesso em: 10 jan. 2022.

OLIVEIRA, João André Santos de Oliveira. **Encontros entre trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua no centro histórico de Salvador, Bahia: violências, potências e insurgências**. Orientadora: Rosemarie Andreazza. Coorientadora: Lumena Almeida Castro Furtado. 2021. 290f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, 2021.

OLIVEIRA, Raquel Corrêa de. A chegada de crianças e adolescentes para tratamento na rede pública de saúde mental. In: COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata Gomes. **Saúde Mental e Saúde Pública Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007, 160p. p. 29-54.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.10, n.1, p. 1-10, 2020.

PEDUZZI, Marina O SUS é interprofissional. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.20, n.56, p.199-201, 2016.

PELBART, Peter Pál. Prefácio. In: LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.11-14.

QUINET, Antonio. **As 4+1 condições de análise**. São Paulo: Zahar, 1991, 120f.

QUINET, Antonio. **Psicose e laço social:** Esquizofrenia, paranóia e melancolia. São Paulo: Zahar, 2006, 240f.

REYES, Selma. Um olhar e um lugar para o fonoaudiólogo em um CAPSi. In: LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice; HERRERO, Elaine. **Fonoaudiologia e Saúde Mental no trem da Reforma.** 1ed. São Paulo: Companhia Ilimitada, p.85-104, 2015.

ROSA, Miriam Debieux. A psicanálise e as instituições: um enlace ético-político. In: **Colóquio do LEPSI IP/FE-USP.** São Paulo, 2004, p.01-06. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000032004000100045&script=sci_arttext. Acesso em: 19 dez. 2021.

ROSA, Miriam Debieux. Imigração Forçada: a dimensão sócio-política do sofrimento e a transmissão da história. In: ROSA, Miriam Debieux; CARIGNATO, Taeco Toma; ALENCAR, Sandra Luzia de Souza. **Desejo e política:** desafios e perspectivas no campo da imigração e refúgio. São Paulo: Max Limonad, 2013.

RUI, Taniele Cristina. **Uso de "drogas", marcadores sociais e corporalidades: uma perspectiva comparada.** Orientadora: Heloísa Pontes. Co-orientadora: Simone Mizziara Frangella. 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2007.

RUI, Taniele Cristina. **Corpos Abjetos:** etnografia em cenários de uso e comércio de crack. Heloísa Pontes. Co-orientadora: Simone Mizziara Frangella. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2012.

RUI, T. C. Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. Revista Contemporânea, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 287-310, 2013. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/144>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SÃO PAULO. **Pesquisa Censitária da População em Situação de rua.** São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2019. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzYzM4MDJmNTAtNzh1Mi00NzliLTk4MzYtY2MzN2U5ZDE1YzI3IiwidCI6ImE0ZTA2MDVjLWUzOTUtNDZlYS1iMmE4LThlNjE1NGM5MGUwNyJ9>. Acesso em 3 out. 2021.

SANTOS, Brenda Sousa. **Interpretação:** questão na Clínica de Linguagem com crianças. Orientador: Maria Francisca Lier-DeVitto. 2021. 94 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de Linguística Geral.** São Paulo: Cultrix, 1989. 279p.

SILVA, Juliana Araújo Silva. **Políticas do encontro e as forças selvagens na clínica infantojuvenil.** Orientadora: Elizabeth M. Freire de Araújo. 2018. 170f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista, 2018.

SILVA, Kaline Lemos; SOUZA, Márcio Costa de; ESTEVES, Clara Oliveira. A produção do cuidado e a fonoaudiologia na rede de atenção à saúde: um estudo na rede própria do município de Salvador. **Saúde em Redes**. Porto Alegre: v. 4, n. 2, p.143-155, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p143-155>. Acesso em 01 mai. 2020.

SILVA, Mariane Pontes da. **Reforma Psiquiátrica em disputa: aproximação cartográfica das linhas de força que atravessam o cuidado em Saúde Mental**. Orientador: Ademar Arthur Chioro dos Reis. 2021. 186f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2021.

SIQUEIRA, Domiciano. Conversa com Domiciano Siqueira sobre redução de danos. In: LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2013. p.53-77.

SOUZA Rosangela Gomes da Mota; CARRARO, Fabíola Costa; OKUYAMA, Priscyla Mamy; Silvestre, Ruth. **A atenção psicossocial para crianças e adolescentes em situação de sofrimento psíquico e alta vulnerabilidade em São Paulo**. In: XII Congresso Latino de Medicina Social y Salud Coletiva; XVIII Congresso Internacional de Políticas de Salud; VI Congreso de la Red Américas de Actores Locales de Salud. 2012, Montevideú.

SPINA-DE-CARVALHO, D. C. **Clínica de Linguagem: Algumas considerações sobre interpretação**. Orientadora: Maria Francisca Lier-DeVitto. 2003. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

STEPHANY, Stephany Christie Magalhães Silva. **Fonoaudiologia e Saúde Mental: um campo em ampliação**. Orientadora: Lúcia Maria Guimarães Arantes. 2022. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2022.

STEVENS, Alexandre. Psicanálise e Saúde Mental. **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, n.13, p. 32-38. 1999. 2011 (versão online). Disponível em https://ebp.org.br/mg/wp-content/uploads/2020/06/Curinga-edicao_13.pdf . Acesso em: 10 jan. 2022.

STEVENS, Alexandre. A instituição: a prática do ato. In: MATET, Jean-Daniel; MILLER, Judith. **Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Tradução de Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 76-85.

SZERMETA, Natália; FILHO, Jorge Pereira. **Revogação: reverter a destruição do governo Bolsonaro**. Fundação Lauro Campos e Marielle Franco e Fundação Rosa Luxemburgo, p. 10, 2022. Disponível em: <https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2022/11/revogaco.pdf>. Acesso em: 05 maio 2023.

ZENONI, Alfredo. Pratique institutionnelle et orientation analytique. **Les Feuilles du Courtil: La psychose appliquée à la psychanalyse**. Bélgica: n.20, p.17-30, jul. 2002.

ZENONI, Alfredo. Clinique psychanalytique en institution: la névrose. In: ZENONI, Alfredo. **L'autre pratique clinique: Psychanalyse et institution thérapeutique**. Bélgica: Point Hors Ligne, 2009, p. 45-59.