

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARJORIE EL KHOURI

Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na
assistência domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise
vincular

São Paulo

2017

MARJORIE EL KHOURI

Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na
assistência domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise
vincular

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Titular Isabel Cristina Gomes

São Paulo

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

El Khouri, Marjorie Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na assistência domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise vincular / Marjorie El Khouri; orientadora Isabel Cristina Gomes. -São Paulo, 2017. 93 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. Assistência Domiciliar. 2. Psicanálise de Família. 3. Setting (psicanalítico). 4. Saúde Mental.
5. Psicose. I. Cristina Gomes, Isabel, orient. II.
Título.

Folha de Aprovação

Marjorie El Khouri

Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na assistência domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise vincular

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura:

*Aos meus pais,
que me apoiam desde sempre
e ao Gustavo, meu grande companheiro.*

AGRADECIMENTOS

À querida Isabel pela orientação e contribuições essenciais na organização do texto, por saber esperar o tempo de elaboração que foi necessária. E pelo vínculo de confiança desde a graduação.

À Maria Beatriz Vannuchi que tanto contribuiu como supervisora para a minha atuação na AD. Em quem eu encontrei não assombro, mas alegria quando ouvia os relatos dos acompanhamentos.

Ao Gustavo Gil Alarcão, que pela presença comprometida em cada supervisão me fez compreender a importância disso na clínica.

À Bel Kahn e ao Andrés pelas contribuições na qualificação e por também saberem esperar até que o texto ganhasse corpo.

À Maria Conceição, Carla Kamitsuji, Thalita Soares, Carla Soares, Valeska Murier, Ana Malachowski, Maíra Hauser, Aline Leal e Rubens, companheiros de aventuras que tanto acrescentaram à minha experiência na AD. Foram muitas discussões, trocas, afetos, equívocos, risadas e crescimento. Em especial à Ana Bautzer que como coordenadora da equipe fez um trabalho importante, além de ter se tornado uma amiga. À Juliana Haruko, cuja atuação comprometida a fazia transpor as paredes do seu serviço e da sua área técnica.

À equipe clínica do Melhor em Casa que acolheu meu jeito psi.

À Paula Rossi e à Ana Mansano por contribuírem e confiarem no meu trabalho. À Silvana Vicentin e Patrícia Nolasco por tamanha disposição às trocas e ao trabalho em rede. Também à Simone Aparecida Ramalho pelas contribuições a partir dos encontros no Redes e Saberes.

Ao grupo de orientação, em especial à Nathalia, Flávia, Carine e Déa que além das trocas se tornaram amigas queridas.

Ao André Nader e à Deborah Sereno, pela leitura do texto e às generosas contribuições.

Ao Alan Osmo pela correção cuidadosa do texto, que tanto acrescentou.

Ao Conrado Ramos, analista que em suas poucas e boas palavras, me ajudou a sair da casinha.

Às amigas Carina, Carol e Bel por contribuírem tanto ao meu percurso psi, desde o início. E à Helo que, além disso, teve uma presença serena e disponível ao longo desses anos como colega na AD que não cabe em palavras.

Aos amigos Ana Paula, Bruna, Tarta, Aldair, Liu e Shimi que torceram e me apoiaram bastante durante todo o período de elaboração da pesquisa. Além do PV que generosamente fez a tradução do resumo para o inglês.

Aos meus pais, presença ainda tão importante no meu percurso.

Aos meus irmãos, Mônica, Magda, Michel, Mauro, Marc, Melanie e Marcel, que cada um à sua maneira, foram essenciais à minha formação. Além do Maron, que depois de tanto tempo já considero um irmão. Aos meus cunhados e sobrinhos tão queridos.

Às famílias acompanhadas em AD que tiveram insistência e paciência comigo, nas nossas muitas idas e vindas.

Ao Gustavo, meu amor, que eu tenho a sorte de ter como um companheiro alegre, doce e agregador, por ter me feito entender que é o amor que nos tira da casinha.

Não vou dizer
Tem que dizer Por dentro o
que é que tem? O que é que
tem? Tem que dizer E se
não tem? Como não tem?
Até aonde dá pra ver
Não tem ninguém
Então tô só?
Então cê tá
Não tem ninguém
Por que não tem?
Não tem o quê?
Não tem ninguém
Você por dentro está um caos
Um caos, um caos, um caos, um caos
Estou um caos por dentro
(Um caos, um caos)
E aqui por fora, não
Por fora não

Luiz Tatit

RESUMO

Khouri, M. E. (2017). Dentro e fora da casinha: reflexões sobre a experiência na assistência domiciliar em saúde mental a partir da psicanálise vincular. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A reforma psiquiátrica teve como premissa o fim dos manicômios e atualmente observa-se que há indivíduos que continuam em situação de isolamento, mas no próprio domicílio. Nesse sentido, a Atenção Domiciliar (AD) é uma alternativa de intervenção àqueles que não chegam aos serviços de saúde. Esta dissertação tem como objetivo tecer reflexões sobre as especificidades da AD em saúde mental como modalidade interventiva em famílias cujo modo de vinculação é considerado psicótico, a partir da psicanálise vincular. Busca-se compreender de que forma se dá a transferência dessas famílias no domicílio, bem como refletir sobre as intervenções nesse setting terapêutico. Para tanto foram utilizadas cenas construídas a partir da experiência clínica da pesquisadora enquanto profissional da AD e das quais foram elaboradas as reflexões. É uma investigação que se insere no campo das pesquisas psicanalíticas, em que o inconsciente e suas manifestações clínicas são o objeto de estudo. O caminho percorrido neste texto foi pensar o domicílio como local de intervenção a partir dos conceitos de setting terapêutico, transferência e contratransferência. Sobre o setting discutiu-se a sua multiplicidade de possibilidades, de forma que a flexibilização do enquadre tradicional favoreceu as intervenções. Compreende-se que a casa, nessas famílias, é usada como barreira concreta para separar o dentro e o fora, entretanto, se as paredes podem ser utilizadas como defesa, elas dificultam o "entre". A AD em saúde mental tem por objetivo fazer uma ponte entre diferentes espaços - hospital/ casa e casa/serviços de saúde. Assim, foi utilizado o conceito de intermediário de Kaës para entender as intervenções do psicólogo que favoreçam essas funções de ligação, como entrar e sair da casa pelo terapeuta, além do uso de recursos gráficos e da construção de histórias; acrescido da compreensão freudiana acerca do jogo do carretel (Fort-dá), que tendo também uma função intermediária favorece a simbolização. Observou-se que se inicialmente foi difícil a escuta dos pacientes, pela mudez ou pela fala delirante, ao longo do acompanhamento houve a produção de sonhos e metáforas por parte dos mesmos, o que possibilitou uma ressignificação de seus sintomas iniciais - a restrição domiciliar. Além disso, no aspecto da função de ligação, evidenciou-se como crucial o estabelecimento do vínculo terapêutico junto aos pacientes, o que se estende a qualquer profissional da equipe. O trabalho vincular acontece quando há uma transformação mútua, não apenas do paciente mas do profissional, o que exige mudanças nas formas de atuação. Nesse sentido se fez necessário da terapeuta/pesquisadora "sair da casinha", abrindo-se ao modo possível desses atendimentos acontecerem. Se na clínica psicanalítica tradicional o recurso verbal é o principal instrumento terapêutico, nessa experiência outros recursos ganharam importância. Conclui-se, então, que as famílias que participaram desta investigação não poderiam ser abordadas no setting tradicional, tensionando conceitos que foram construídos a partir dele e, propiciando o surgimento de outras propostas terapêuticas.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Psicanálise de família. Setting (psicanalítico). Saúde mental. Psicose.

ABSTRACT

Khouri, M. E. (2017). In and out of home: reflections on mental health home care experience based on psychoanalysis of bonds. Masters thesis dissertation, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Psychiatric reform had as a premise the end of asylums, however individuals that remain in isolation are currently observed, but in their own domicile. In this sense, Home Care (HC) is an intervention alternative for those who don't reach health services. This dissertation has as objective to weave reflections about the specificities of HC in mental health as an interventive modality in families whose relational method is considered psychotic, from a psychoanalysis of bonds perspective. It's sought to comprehend the manner in which the transference of these families in the domicile is given, as well as reflecting about the interventions in this therapeutical setting. For such, scenes were built from the clinical experience of the researcher as a HC professional and upon these reflections were elaborated. It's an investigation that inserts itself in the field of psychoanalytic researches, in which the unconscious and its clinical manifestations are the object of study. The path trailed in this text was that of thinking of the domicile as a place of intervention from the concepts of therapeutical setting, transference and countertransference. About the setting, it was discussed its multiplicity of possibilities, in a way that the flexibilization of the traditional setting favored interventions. It is understood that the home, in these families, is used as a concrete barrier for separating the inside and the outside, however, if these walls can be used as defense, they hamper the "in between". HC in mental health aims to build bridges between different spaces - hospital / home and home / health services. Thus, the concept of Kaës Intermediary was used in order to understand the psychologist's interventions that favor these bonding functions, such as the therapist's entering and leaving of the domicile, in addition to the use of graphical resources and stories creation; added by the Freudian understanding of the cotton reel game (Fort-dá), that having an intermediary function also favors symbolization. It was observed that initially, listening to the patients was difficult, either by muteness or by delirious speech; throughout the follow-up there was the production of dreams and metaphors by the patients, which made a re-signification of their initial symptoms possible - household restriction. Additionally, on the connection function aspect, the establishment of the therapeutic bond with the patients showed to be crucial, something that extends to any professional of the team. The bonding effort happens when there's a transformation of both, not only of the patient but also from the professional, which requires the latter to change their way of acting. With this, it was necessary for the therapist / researcher to "step out of the comfort zone", opening oneself to the format to which these treatments can take place. If in traditional psychoanalytic clinic the verbal resource is the main therapeutic instrument, in this experience other resources gained significance. It is then concluded that families that participated in this investigation couldn't be approached using the traditional setting, stressing concepts that were built from it and providing the emergence of other therapeutical proposals.

Keywords: Home Care. Family Psychoanalysis. Setting (Psychoanalysis). Mental Health. Psychoses.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DA EXPERIÊNCIA À PESQUISA.....	17
2.1 AD na modalidade de Saúde Mental	17
2.2 Entrar na casinha	18
2.3 Sair da casinha	21
2.4 Os contratos	22
2.5 A abordagem em equipe	24
2.6 Formulando questões	26
3 A CASA COMO LOCAL DE INTERVENÇÃO: SETTING E TRANSFERÊNCIA.....	31
3.1 Settings diferentes.....	32
3.2 Aspectos da transferência e da contratransferência	37
3.3 Transferência no setting domiciliar de famílias com vínculo psicótico	41
3.4 Sentidos da transferência: histórias construídas	50
3.4.1 História 1: A ponte	51
3.4.2 História 2: O pássaro	53
4 INTERVENÇÕES NO DOMICILIO: AS INTER-INVENÇÕES	59
4.1 Do entra-e-sai ao ir-e-vir: funções intermediárias	60
4.1.1 O entra e sai: jogos de presença e ausência	62
4.1.2 O uso de recursos gráficos e histórias	68
4.2 A noção de vínculo: tornar-se outro com o outro	78
4.2.1 Trabalho vincular: alienidade, presença e imposição	80
4.2.2 Interferências: além da transferência e da contratransferência.	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	91

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Joana¹, após uma internação hospitalar, passou a receber atenção domiciliar, com o objetivo de auxiliá-la a continuar o tratamento no serviço de saúde. Foi difícil para ela aceitar esse contato, e algo que facilitou foi a médica ter flexibilizado a sua prescrição, levando em conta alguns desejos de Joana. Para ir ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Joana temia o novo médico e perguntava “e se ele mudar minha prescrição?!”, eu respondia “você rasga”, e isso a aliviava. Após alguns meses ela aceitou ir ao serviço, mas solicitou que a prescrição anteriormente negociada, estivesse no papel, para que pudesse ser respeitada. Chegando ao serviço e em poucos minutos de conversa, o profissional que nos recebeu disse que ela deveria fazer o tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a justificativa de que, se ela podia escolher sua própria medicação, estava bem até demais.

*

Patrícia, em um momento de crise, recebia medicação assistida² no domicílio. Após alguns dias dessa intervenção, ela nos recebeu gritando “vocês querem me matar, querem me internar, vem até minha casa me obrigar a tomar remédio”. Sua fala jogou luz a um desconforto meu em relação a esse tipo de intervenção. Ao mesmo tempo, lembrei como haviam sido as intervenções anteriores e disse a ela “mas, Patrícia, você aceitou a medicação e gostou”. Para minha surpresa, ela que parecia não conseguir ouvir nada naquele momento, se acalmou e disse “é verdade”.

*

Arthur ficava sempre deitado na calçada na frente da sua casa. Tinha uma fala desconexa, difícil de acompanhar. Sua família se envergonhava de seu comportamento, mas depois de meses de intervenção aceitou levá-lo ao CAPS, ele que já tinha sofrido inúmeras internações. Fui junto e ao chegar lá fiquei surpresa com uma profissional que gritou comigo na frente de todos “ele não tem condições de participar de grupo, olha o estado dele”, apontando para Arthur. Eu disse que essa era a opinião dela, mas a decisão deveria ser

¹ Todos os nomes utilizados nessa dissertação são fictícios.

² É uma intervenção na qual um profissional assiste a ingestão da medicação pelo paciente.

realizada em equipe. Senti uma vontade de denunciá-la e fiquei muito tempo pensando em formas de impedir que ela continuasse a agir dessa forma violenta, mas esse meu ímpeto punitivo acabou não se realizando. No entanto, certo dia, fiquei sabendo que Arthur estava participando do grupo e ele, que não falava coisa com coisa, calou essa profissional, quando disse "você é muito chata, fica falando toda hora na minha orelha, assim vai me deixar louco".

*

A mãe de Pablo passou a ser acompanhada por uma equipe de saúde em casa, depois de sofrer um derrame. Esses profissionais estavam acostumados a ver Pablo andar pela casa, sempre falando sozinho e fazendo movimentos com os braços. Certo dia, ao encontrarem Pablo na rua fazendo a mesma coisa, decidiram ajudá-lo. Pablo se surpreendeu ao perceber que dois desses profissionais vestidos de jaleco seguiam em sua direção. Ele, assustado, correu! Esses profissionais, muito preocupados com Pablo, também correram, precisavam ajudá-lo a voltar para sua casa. Mas, após um tempo de deslocamento e insucesso, eles foram ao domicílio de Pablo falar com sua irmã, para que talvez ela pudesse fazer algo para protegê-lo. E ela respondeu com tranquilidade “É o jeito dele mesmo, ele fala sozinho mas sabe se virar”. E assim esses profissionais se deram conta de que correram na rua atrás de Pablo, só porque ele falava sozinho.

*

A presente pesquisa é decorrente de uma experiência que se deu em um serviço público de saúde de assistência domiciliar, com diversas cenas sem introduções, que exigiram fôlego e trouxeram sofrimento, surpresas e alegrias. As vinhetas foram elaboradas a partir dessa experiência e trazem questões que geraram intenso desconforto na pesquisadora, quando profissional do serviço. Nelas, há um tema em comum, que não pode ser deixado de lado quando se trata da relação entre profissionais de saúde e seus usuários: o exercício do poder e as possibilidades de resistência. Em todas elas, a lógica do encarceramento e da exclusão da pessoa com transtorno mental está presente. Essa lógica aparece tanto na fala dos profissionais, quanto na dos usuários. Mas as cenas trazem possibilidades de sair desse lugar comum em que o médico ou outros profissionais da saúde são detentores do poder, e aquele que possui algum transtorno mental diagnosticado fica vitimado. Inicialmente, era muito presente na pesquisadora o medo de cometer abusos pela posição de representante do Estado que vai ao

domicílio, e isso gerava inibições, aprisionava. No entanto, perceber a possibilidade de resistência dos sujeitos, por mais desconexos que fossem seus discursos, permitiu uma maior abertura às surpresas e aos riscos desses encontros.

Se a Reforma Psiquiátrica implicou em modificação na forma de tratamento daqueles com comportamentos considerados desviantes, o processo de desinstitucionalização é algo que precisa ir além da mudança do local de tratamento, para que haja transformações na lógica manicomial presente nas relações mais cotidianas e nas diferentes formas de cuidado (Cabral, 2005). Embora haja oferta de serviços extra-hospitalares, isso não garante que as ideias e os indivíduos possam circular sem amarras. Alverga e Dimenstein (2006) abordam os desafios do cuidar em liberdade e da superação dos desejos de manicômio. Esses desejos se revelariam na necessidade de classificar, controlar, subjugar e hierarquizar. Nesse sentido, apontam para a importância do questionamento radical da lógica moderna da racionalização da vida cotidiana, em que tudo o que não se identifica com essa lógica é excluído. Isso se manifesta de diversas formas no cotidiano dos serviços, como, por exemplo, nas cenas trazidas acima.

Na presente dissertação, será abordada a experiência de atendimentos a pessoas com transtorno mental grave no domicílio, realizadas em uma unidade, ligada a um hospital geral municipal, do programa federal de Atenção Domiciliar (AD), chamado Melhor em Casa. Um dos eixos centrais da AD é a desospitalização, com a premissa de melhor utilização dos recursos em saúde por meio da mudança do local de atendimento e da forma de cuidar. Segundo o Ministério da Saúde [MS] (2012), “A AD como modalidade de cuidado potente para a formação de novas formas de cuidar” (p.10). No contexto atual da saúde pública no Brasil, as visitas domiciliares têm sido utilizadas cada vez mais como uma estratégia de promoção de saúde oferecida pelos serviços, seja no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na atenção primária pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou ainda, em equipes específicas de AD, voltadas a pessoas com dificuldade de locomoção temporária ou permanente. Segundo as diretrizes do MS (2011), as visitas domiciliares devem ser realizadas com regularidade, por diversas razões, mas em especial para aqueles que não chegam aos serviços de saúde, seja por recusa ou dificuldade de deambulação.

Segundo o MS (2012), o surgimento da atenção domiciliar estaria ligado a uma necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde frente às transformações sociais e à transição epidemiológica e demográfica atual. O envelhecimento da população traz um aumento

na incidência de doenças crônico-degenerativas, que demandam intervenções mais intensivas e continuadas. Ao mesmo tempo, esse cenário acontece em um modelo de atenção à saúde que no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, que acontece de forma fragmentada, biológica e mecanicista, o que implica em uma medicalização da vida e do sofrimento, além de um aumento no número de hospitalizações. Dessa forma, há uma necessidade de mudanças nas formas de cuidado.

Nessa modalidade de atendimento, ao contrário da necessidade de controle ambiental proposto pelo cuidado hospitalar, as equipes estariam em contato com a realidade do usuário de forma mais direta. Na pesquisa de Feuerwerker e Mehry (2008) sobre assistência domiciliar, observou-se um maior envolvimento das equipes de saúde com as questões trazidas pelas famílias, e que os trabalhadores mobilizavam recursos da assistência social e próprios para contornar os problemas das famílias: “a ampliação do contato entre trabalhadores e usuários contribuiu para alargar a noção da sua ‘alçada’ e ampliou a sua responsabilização em relação aos usuários e suas famílias” (p.184).

Uma característica marcante no AD é o atendimento compartilhado com o cuidador como protagonista. Há o foco na abordagem integral à família:

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar. (MS, 2012, p.23)

Diferente do que ocorre no hospital, os procedimentos são realizados também pelo doente e sua família: “Com isso, as famílias ganham a possibilidade de ‘disputar’ o projeto terapêutico que será instituído em cada situação” (Feuerwerker & Mehry, 2008, p.185). Assim, a AD constitui-se como um lugar de tensão entre dois polos de forças: o da institucionalização e da desinstitucionalização. De forma que: “A disputa de projetos terapêuticos cria, então, um espaço de tensão que pode levar à produção de novidades no arranjo tecnológico do trabalho em saúde ou à captura das famílias (e das equipes) pelo projeto hegemônico de produção da atenção” (Feuerwerker & Mehry, 2008, p.185). Se o eixo principal da AD é a desinstitucionalização, apenas a mudança no local de tratamento não garante que os modos de cuidado institucionalizados sejam alterados. Assim, no domicílio cria-se uma tensão entre essas duas forças.

Além do cuidado compartilhado com o usuário e sua família, preconiza-se o compartilhamento com outros serviços de saúde, de forma que a AD possa ser uma ponte do hospital para a casa e da casa para outros serviços de saúde, favorecendo a constituição de uma linha de cuidados integrada. Essa modalidade de atendimento pode ser permanente ou transitória a depender das possibilidades de reverter as condições do usuário para sair do domicílio.

A AD surgiu no Brasil na década de 1960 e se expandiu com mais força a partir da década de 1990. Em 2002, foi estabelecida a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Algumas portarias foram sendo implementadas no sentido de expandir a atenção domiciliar, até que, na Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, foi criado o programa federal Melhor em Casa, como forma de confirmação do compromisso do governo federal no desenvolvimento da AD (MS, 2012). Dessa forma, a AD firma-se como tendência nas políticas públicas brasileiras.

A mudança no local de tratamento não garante uma mudança nas relações, e sair da lógica manicomial exige um esforço constante. Transitar dentro e fora da casa trouxe um intenso sofrimento, mas também muitas possibilidades. A última vinheta remete à noção de que ainda haja um desejo de manicômio, a partir do qual o louco deveria ficar dentro de casa. Deslocar-se ao outro pode provocar mudanças, já que, ao sair do seu lugar, é possível questioná-lo. É a partir dessa noção que se formula as questões da presente pesquisa, agora de um outro lugar, não mais como terapeuta, mas como pesquisadora.

A metáfora do "dentro e fora da casinha" pode ser utilizada para compreender diversos aspectos da experiência de intervenções no domicílio. Por parte dos profissionais da saúde foram encontrados muitos entraves, quando se situavam dentro de suas próprias casinhas, presos ao próprio serviço, nas próprias ideias. Isso, claro, não pode ser deixado de lado ao se pensar nas dificuldades dos sujeitos acompanhados para a inserção nos serviços de saúde.

Por parte da pesquisadora, essa também foi uma questão crucial ao longo da experiência. Em diversos momentos percebeu-se apegada a um setting e a combinados mais rígidos, com a crença de que isso facilitaria a abordagem, ideia que foi constantemente desconstruída pelos pacientes acompanhados. Certa vez foi chamada de autoritária pela mãe de um dos sujeitos acompanhados. Esse apontamento certo foi ouvido com muita dor, mas foi ouvido, e assim foi possível mudar de posição.

Também não foram poucas as vezes que a terapeuta experimentou a sensação de estar fora demais, questionando-se se não estava “louca”, perdendo as referências em intervenções inusitadas, quando se inquiria sobre os sentidos dessas atuações. Certa vez, a psicóloga “perdeu a cabeça” em um atendimento de uma família em que todos participavam e disparavam várias queixas ao mesmo tempo: “tenho dor no pé, estou sendo perseguido, quero morrer, estou com fome”. A terapeuta, da mesma forma como a família, não pôde distinguir a gravidade das falas apresentadas, e assim não pode ouvir um sujeito que dizia que estava com uma forte vontade de pular da ponte, pois se sentia perseguido por carros pretos. Essa fala só foi ouvida/lembrada, em um momento posterior, quando soube da internação desse sujeito.

Além disso, tendo a psicanálise como sustentação teórica, foi preciso questionar-se sobre a utilização de conceitos que foram construídos dentro de um setting analítico clássico, e que agora eram aplicados fora dele. Muitos psicanalistas contemporâneos têm enfrentado esse desafio. A partir da noção que Bleger (2003) traz do enquadre analítico como uma instituição, considera-se que vale o risco de questioná-lo, de tirá-lo da própria casinha, tendo em vista o objetivo de abordar a desinstitucionalização das pessoas com transtorno mental.

CAPÍTULO 2 - DA EXPERIÊNCIA À PESQUISA

No presente capítulo serão trazidos alguns aspectos da experiência em AD, da qual a pesquisa parte, para que sejam melhor contextualizadas as questões desta investigação. Pretende-se também explicitar os caminhos percorridos entre a experiência, a formulação de hipóteses e os objetivos, os métodos utilizados, e os resultados alcançados.

Inserida no contexto das pesquisas em psicanálise, essa trajetória implicou em uma transformação mútua entre o objeto de estudo, seu método e a pesquisadora. Nesse sentido, Figueiredo e Minerbo (2006) diferenciam as pesquisas com o método psicanalítico de outras ciências, nas quais haveria um sujeito que se voltaria de forma metódica ao seu objeto para verificar ou refutar suas hipóteses iniciais:

Não é bem assim nas relações entre o psicanalista, suas ‘teorias’ e seus ‘objetos’. A entrega do ‘pesquisador’ ao ‘objeto’, o deixar-se fazer por ele e, em contrapartida, construí-lo à medida que avançam suas elaborações e descobertas faz desta ‘pesquisa’ um momento na história de uma relação que não deixa nenhum dos termos tal como era, antes de a própria pesquisa ser iniciada. (p.260)

Dessa forma, o presente capítulo pretende compartilhar a história dessa transformação mútua, que resultou nessa dissertação.

2.1. AD na modalidade de Saúde Mental

A experiência da pesquisadora se deu a partir de um projeto piloto de AD voltado para as demandas específicas em saúde mental, que ficava alocado em um hospital geral que possuía uma enfermaria de psiquiatria. No mesmo local, também havia uma equipe voltada a pacientes com problemas clínicos. Essa equipe de saúde mental contava com psiquiatra, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo, e atendia pessoas com transtorno mental grave, com dificuldades para chegar aos serviços de saúde. Os objetivos do acompanhamento eram os mesmos preconizados na cartilha do programa Melhor em Casa: diminuir o tempo de internação hospitalar, evitar a internação de sujeitos que estavam em crise, ou ainda abordar

aqueles que não realizavam qualquer tratamento em saúde, embora houvesse indicação. Dessa forma, a função da AD em saúde mental também se configura como ponte, facilitando a saída do hospital para a casa, e a ida desse usuário aos serviços de saúde.

A porta de entrada no programa podia ser pelo hospital em que a equipe se alocava, de forma que as abordagens tinham início já nesse momento, podia ser solicitada por outro serviço, ou de forma espontânea, no caso de alguma pessoa próxima que percebia o adoecimento de um sujeito, mas não conseguia levá-lo ao tratamento. A partir de cada solicitação, eram avaliadas as possibilidades de intervenção da equipe. E tendo um objetivo comum a todos os pacientes – a função de ponte, cada profissional fazia uma avaliação inicial, que posteriormente era discutida em equipe e, então, se delimitava um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Havia uma liberdade para cada um pensar a forma de atuação, e as visitas podiam ser compartilhadas com outros profissionais da equipe ou com de outros serviços.

Se os sujeitos acompanhados nessa modalidade de atendimento tinham em sua maioria o diagnóstico de esquizofrenia e alguns o de transtorno bipolar, é possível formular que, para além do diagnóstico, esses sujeitos apresentavam em comum questões relacionadas à sua possibilidade de circulação, ao seu ir e vir, ou porque ficavam reclusos no espaço da sua casa ou no do hospital. Se estar fora da casinha é uma metáfora ligada à loucura, estar dentro da casinha também pode ser relacionado a um estado de adoecimento. Nessa experiência, entrar e sair da casa foi um aspecto crucial.

2.2 Entrar na casinha

No hospital e nos serviços de saúde, o ambiente é criado a partir das necessidades do próprio serviço, enquanto que o ambiente da casa tem seu próprio fluxo, sendo que o profissional deve abrir-se à sua realidade. A avaliação do usuário fica mais complexa, tendo que incluir muitas dimensões de seu contexto. No domicílio, torna-se mais difícil não afetar-se, não sofrer ao entrar em contato com a realidade de cada sujeito. Se as paredes da casa podem proteger a intimidade da família, e as paredes dos serviços servem para proteger o profissional, ao transpô-las, há maior possibilidade de contato interpessoal. Sem paredes a realidade do outro se impõe.

No trajeto do carro ao domicílio, muito pode acontecer. Há locais em que é preciso autorização da comunidade para entrar, em que a presença do profissional gera olhares e trocas de informações por “radinho”. Há pedidos de ajuda, pessoas querendo conversar, outras falando mal do governo, querendo saber sobre a pessoa que está sendo atendida, para ajudar ou falar mal. É possível testemunhar situações de violência, bem como sofrê-las. Na rua, os encontros e seus impactos se fazem presentes. Segue um relato³:

Após presenciar a cena de um linchamento coletivo, foi impossível não ficar com medo de voltar àquela região. Meu corpo que andava por aquelas ruas para chegar ao domicílio poderia ser o próximo alvo, sem possibilidade de defesa, assim como ocorreu com aquele desconhecido que foi identificado pela cor de sua blusa para que fosse condenado. Nesse contexto, quando o menino que atendia desenhou um palhaço e disse ‘matar polícia’, e depois bravo com o que eu havia dito, disse ‘matar mulher’, foi impossível interpretar isso a partir de seu simbolismo, sem pensar que isso poderia concretizar-se. Mas sem deixar as fantasias tomarem conta, continuei os atendimentos.

Ao chegar na casa são muitas as informações que são transmitidas ao mesmo tempo, as condições físicas, os odores, a forma como a pessoa recebe o profissional, as relações que acontecem na casa, a interação com os vizinhos, às vezes positivas e outras bastante conflitivas, tudo isso está longe do ambiente pretensamente asséptico hospitalar. No domicílio, é possível presenciar situações de violência, pobreza, geladeiras vazias, tetos com buracos ou prestes a cair, paredes mofadas pelas infiltrações, locais sem janelas, apertados, escuros e sem ventilação. O impacto subjetivo em cada profissional é imprevisível e afetará sua abordagem. O contato com a realidade do outro pode servir para aproximar ou afastar.

A casa revela também um modo de funcionamento familiar. Em algumas delas, a presença de profissionais no domicílio foi bastante desestabilizadora:

Genilson tinha recebido alta hospitalar após sua família ter sido ameaçada de sofrer um processo por abandono de incapaz. Estando meses internado após um TCE⁴, Genilson não falava uma palavra. De alguma forma, intuí que sua mudez não se relacionava a questões

³ Todos os relatos na presente dissertação são baseados na experiência da pesquisadora enquanto profissional na AD.

⁴ Traumatismo Crânio Encefálico

neurológicas. E, em um atendimento junto à família, ele surpreendeu a todos falando de forma muito clara e irritada, provocado pela fala de seu irmão. Mas o desejo da família não era cuidar de Genilson e, diante da gravidade do caso, as intervenções da equipe se intensificaram. No entanto, isso gerou uma intensa desestabilização familiar, que passou a ameaçar a equipe de diversas formas. Em certa visita, enquanto eu conversava com Genilson, seu irmão Kleiton ficou andando no corredor bastante agitado, com um martelo na mão. Na mesma visita, um outro membro da família gritou comigo, dizendo que minhas palavras a ofendiam, a deixavam doente. Saí desse domicílio com dor no corpo, como se tivesse sido agredida fisicamente. Após esse ocorrido, foi necessária uma discussão de caso em que foi decidido que as intervenções no domicílio seriam suspensas, tendo em vista o risco para a equipe. As intervenções seriam realizadas na sede do serviço de AD. Foi entendido que as intervenções desestabilizaram uma situação familiar já de muita fragilidade. Uma das intervenções da equipe foi prescrever medicação antipsicótica à esposa de Kleiton, Clara. Isso porque ela apresentava delírios persecutórios importantes e ouvia vozes que mandavam matar pessoas, além de agredir fisicamente seu filho pequeno. Com o uso da medicação seus sintomas melhoraram e as agressões cessaram. No entanto, Kleiton ao invés de ficar aliviado com a melhora da esposa, passou a ficar agressivo e agitado, parando de ofertar a medicação. A imagem que formulei foi a de que entrar nesse domicílio era entrar em um quarto escuro, cheio de pólvora, com um fósforo na mão para iluminar as coisas.

Essa cena remete à noção dos cuidados necessários para a entrada no domicílio, já que cada intervenção pode gerar efeitos iatrogênicos. Na abordagem ambulatorial, os profissionais de saúde estão acostumados a trabalhar na lógica queixa-conduta, principalmente no ambiente hospitalar, em que muitas intervenções devem ser rápidas, dada a urgência característica desse ambiente. No domicílio, a gravidade de certas condições pode gerar no profissional uma urgência nas intervenções, que pode ter consequências desastrosas. O risco é o profissional transpor sem questionamentos a sua forma de atuar no hospital, ou nos serviços, ao domicílio. Apesar da gravidade das situações que muitas vezes são encontradas, as intervenções no domicílio exigem uma delicadeza e uma avaliação situacional bem realizada.

Se as paredes protegem, elas também engessam, fragmentam e dificultam o contato. É pouco potente e até mesmo violento, nos serviços de saúde, serem feitas inúmeras exigências para as famílias para que cumpram as orientações. É mais difícil e complexo compartilhar o

cuidado, sabendo da realidade de cada um, tendo que fazer negociações em condições longe do ideal; mas, por outro lado, também é mais potente. Dessa forma, ao invés de transportar a forma de atuar do hospital ao domicílio, o esperado seria que a experiência em AD pudesse transformar a prática nos serviços de saúde.

2.3 Sair da casinha

Ao longo das intervenções, percebeu-se a importância de “sair da casinha”, de forma que as intervenções não poderiam se dar apenas no âmbito domiciliar. Se a questão dos sujeitos acompanhados se dava no âmbito do ir e vir, algumas reflexões se colocaram. Esse movimento por parte do profissional que ia e vinha, para chegar ao usuário, era crucial no momento inicial, e posteriormente possibilitava também auxiliar o paciente no seu ir e vir aos serviços de saúde, de assistência social ou a outros locais. Esse apoio era utilizado principalmente quando a família do paciente acompanhado, por diversas razões, não conseguia exercer a função de dar suporte ao seu ir e vir.

Essas intervenções se mostraram potentes em diversos aspectos. Em alguns casos eram necessários meses ou anos de intervenção para que as saídas fossem possíveis. Por vezes, essas saídas geravam uma desestabilização familiar, causando conflitos e ansiedades. Mas quando elas aconteciam, muitas vezes eram momentos prazerosos para a terapeuta e para aqueles que eram acompanhados.

Apesar da dificuldade inicial, Luiz parecia gostar dessas saídas. No trajeto, quando eu o acompanhava, Luiz passou a repetir uma brincadeira. Ele era o guia da dupla e ria bastante ao perceber que eu não sabia o caminho. Em todas as saídas, Luiz em determinado momento se afastava um pouco e conferia que, ao invés de virar, como deveria ser, eu continuava indo reto.

Essa cena traz uma dimensão interessante das saídas, pois, se dentro da casa a terapeuta ficava no papel daquela que está lá para oferecer um saber, fora da casa isso se dissipava. E as dificuldades de cada um que eram descobertas ao longo do caminho não ganhavam a conotação de doença, podiam virar uma brincadeira, fortalecendo o vínculo. Isso mudava também o lugar de Luiz, pois se dentro de casa era aquele que nada sabia fazer, fora, ele experimentava outros

papéis. Essas mudanças de lugares tiveram uma função importante ao longo do seu acompanhamento.

Isso também foi importante para a terapeuta, por permitir outras formas de contato com os sujeitos acompanhados. Se muitas intervenções “não andavam” no domicílio, as saídas ampliaram as possibilidades. Os pacientes muitas vezes vivendo um aprisionamento no ambiente domiciliar e familiar bastante conflituoso, por meio dessas saídas conseguiam benefícios sociais, conheciam pessoas e ganhavam histórias para contar. E a terapeuta também conheceu lugares novos na região que passou a gostar e a querer frequentar. Mais ainda, fazer crochê ou ter aulas de relaxamento quebraram a rotina de preocupação e tensão vivenciada muitas vezes com sujeitos que dentro de casa se encontravam gravemente adoecidos, possibilitando novidades na relação terapêutica.

A partir dessas experiências, foi marcante perceber o quanto as paredes que não mais protegem, mas aprisionam, podem ser enlouquecedoras. Não foram raras as vezes que, ao entrar em contato com uma situação de grave adoecimento no domicílio, a sensação foi de paralisia. Sem muita consciência sobre isso, a equipe acabou encontrando nas saídas outras possibilidades. Assim, se, a partir da AD, entrar na casa ampliou as possibilidades de intervenção, sair também, evidenciando ainda mais os efeitos da mudança de lugar para a abertura ao novo.

2.4 Os contratos

Sobre os contratos estabelecidos junto ao paciente e sua família, há o chamado “termo de compromisso”, que estabelece algumas regras que enquadram a assistência em termos de direitos e deveres, definindo as condições para a assistência. Dentre elas, há uma delimitação do tempo de acompanhamento, embora seja levada em conta também a necessidade de cada caso; há a obrigatoriedade da presença de alguém que se disponibilize a ser o cuidador; e estão delimitados alguns motivos para o desligamento do programa, como a recusa das orientações médicas, ou não encontrar o paciente e o cuidador no domicílio quando a equipe realiza uma visita. Os pacientes que entraram no programa por questões de saúde mental muitas vezes não se adequavam a esses contratos e a sua permanência era mediada pelos profissionais, que justificavam o não cumprimento das regras estabelecidas, colocando as especificidades do

trabalho. Muitas vezes, os sujeitos não seguiam a orientação médica, recusavam-se a fazer uso das medicações, não se encontravam no domicílio nem que fossem combinados horários previamente, e acontecia, também, de os atendimentos serem realizados do lado de fora da casa. Caso fossem tomados ao pé da letra, as normas do programa excluíam a possibilidade de acompanhamento dos sujeitos com transtorno mental.

Aqui se observa novamente a questão do estar dentro ou fora, que perpassa diversos aspectos da experiência que a pesquisa se debruça, agora sob as perspectivas do contrato. Considera-se importante o estabelecimento de normas que determinam os limites para o acompanhamento, já que nem todas as pessoas necessitam de assistência no domicílio e que algumas condições mínimas são necessárias. Mas também os limites entre quem pode ou não receber a assistência devem ser considerados caso a caso, levando-se em conta a situação atual de todos os envolvidos, tanto profissionais quanto pacientes. Estas que sempre tensionam os limites entre o dentro e o fora, provocando inovações.

Ressalta-se que as regras do programa foram criadas para demandas clínicas mais gerais. Até mesmo o nome do programa não seria adequado às demandas específicas em saúde mental, já que ele remete à ideia de que, para certas pessoas, o atendimento em saúde é Melhor em Casa. Mas para aqueles com transtorno mental esse nome pode adquirir um sentido oposto aos objetivos do acompanhamento, que visaria facilitar a saída de casa, de modo que a casa não seja substituto dos antigos asilos.

Para além do contrato escrito, que necessitava de assinaturas, havia um contrato verbal, que estabelecia de antemão o principal objetivo da inclusão, que era a inserção em um serviço de saúde adequado a cada caso. De forma que o atendimento domiciliar era entendido como transitório, ainda que não houvesse um prazo rígido.

Em relação ao acompanhamento específico da psicóloga, era possível estabelecer um contrato delimitando qual era a demanda pelo atendimento, quem participaria, qual seria a frequência da abordagem, quando eles aconteceriam, entre outras situações. Contudo, frente à dificuldade de estabelecer contratos, a terapeuta optou por deixá-los mais livres, com a proposta de acompanhar os sujeitos da forma como era possível. Palombini (2007) coloca que, no trabalho em saúde mental, os profissionais deveriam preservar uma temporalidade diferenciada daquela que é regulada pela velocidade tecnológica. O tempo liberto poderia permitir que o novo e o inesperado apareçam, sem que as urgências do cotidiano ou nosso apego por querer

saber do futuro se tornem aprisionantes. Dessa forma, com o passar do tempo, a terapeuta aproveitou o vínculo institucional já posto entre os pacientes e a equipe, e permitiu que esse vínculo fosse se estabelecendo segundo o ritmo de cada paciente ao longo do próprio acompanhamento.

2.5 A abordagem em equipe

Aqui serão trazidas algumas reflexões acerca da abordagem em equipe. Se a função de cada profissional já é de antemão delimitada, é necessário que sejam considerados aspectos subjetivos que determinam a forma como cada um vai se relacionar com cada usuário. Em cada caso, um profissional de referência⁵ era destacado de acordo com sua maior afinidade. Para alguns pacientes, apenas o uso da medicação era suficiente para que fosse possível conseguir realizar seu acompanhamento em um serviço específico. Em outros casos, o vínculo com a enfermeira ou com outro profissional era organizador o suficiente para que essa passagem fosse possível. Perceber isso amplia a noção de cuidado. Seguem-se dois relatos:

Bethoven estava há anos sem acompanhamento. Ficava durante o dia fora de casa, andando pelas ruas. Não falava há dois anos e não tomava banho há pelo menos um ano. Se alguém estivesse na cozinha da sua casa, ele não entrava. Esperava estar sozinho no cômodo para que pudesse comer o alimento que sua mãe preparava. Sua cama ficava em um quarto do lado de fora da casa. Quando a equipe o encontrava, Bethoven se virava de costas evitando o contato visual a todo custo. Sua família não conseguia levá-lo a qualquer tratamento. Após o início do uso de medicação, Bethoven voltou a falar. Com isso pediu para tomar banho, cortar o cabelo e para que sua cama fosse colocada dentro de casa novamente. Essa melhora facilitou a ida dele ao CAPS, que passou a fazer o seu acompanhamento.

*

Adalberto tinha o diagnóstico de esquizofrenia e havia sofrido dois AVCs⁶ e com isso teve sua fala prejudicada. Sua inclusão no programa se deu por solicitação de sua família, em

⁵ Profissional responsável por saber de forma mais próxima se o PTS do paciente está sendo realizado pela equipe.

⁶ Acidente Vascular Cerebral

um momento de agitação, em que ele recusava tratamento. Tentei estabelecer um vínculo com ele. Pelo seu prejuízo na fala, ofereci material para desenho e tentei encontrar alguma atividade para realizar junto com ele. Adalberto respondia a essas tentativas fugindo. Em uma visita, Adalberto abriu a porta da casa e fez um gesto para que eu entrasse, o que foi entendido como finalmente uma abertura. Mas, assim que entrei e liberei a entrada do portão, Adalberto deu a volta em mim e saiu de casa. Isso passou a se repetir em todas as visitas. Quando a enfermeira voltou de férias, ela passou a ajudá-lo em seu autocuidado, deu banho, cortou as unhas, o cabelo e assim estabeleceu um vínculo importante. Após algumas visitas, Adalberto passou a oferecer a ela uma coca, algo que ele gostava muito.

Nos relatos acima, mostra-se como cada sujeito vai se ligar ao outro de maneiras diferentes e como diferentes intervenções podem favorecer, para que o tratamento possa mudar de lugar, da casa para o serviço de saúde.

A psicóloga tinha uma formação em psicanálise de família, o que implicava em um interesse pelo tema. Dessa forma, seu olhar estava direcionado a essas demandas. Algumas famílias despertavam na equipe uma vontade de “sair correndo”. Isso se dava por diversos motivos e dizia respeito também a aspectos subjetivos de cada profissional. E o interesse da psicóloga ficou voltado a algumas dessas famílias consideradas mais difíceis, que se tornaram o foco da presente pesquisa. Em comum a elas, percebeu-se um modo de funcionar que, nesta pesquisa, será nomeado de uma forma de vinculação psicótica, que diz respeito ao modo de se relacionar com o outro. Na família Araújo, atender apenas uma pessoa era impossível. Em todas as visitas, a equipe era recebida por todos os membros da família ao mesmo tempo. A única das irmãs que trabalhava era também chamada para esse encontro, ainda que estivesse em horário de trabalho. A indiscriminação era tamanha que todos falavam ao mesmo tempo, disparando todas as suas necessidades sem distinção entre elas, de modo que a dor na unha do pé e uma ideia suicida eram colocadas lado a lado, como se não tivessem significados diferentes. Isso gerava muitas dificuldades nos atendimentos, surgiam na equipe os sentimentos de raiva, impotência e frustração, e frente a isso foi considerada por vezes a possibilidade de desligamento do programa. Mas falar sobre as dificuldades, e oferecer outras compreensões possíveis para as situações no domicílio, ajudava a equipe a sustentar as intervenções.

Apesar de não ser o foco deste estudo o trabalho em equipe, é possível dizer que o trabalho conjunto com outros profissionais transformou a forma de atuação da

psicóloga/pesquisadora. Participar dos atendimentos conjuntos, ou partilhar diferentes compreensões de um caso acompanhado, ampliou a sua noção de cuidado, muito além da especificidade da área.

2.6 Formulando questões

Nessa prática clínica, a sensação de desconforto esteve presente durante toda a experiência. Se a formação da psicóloga havia sido essencialmente a partir da modalidade de atendimento em consultório, sair de sua “casinha” trouxe sofrimento. Quem atender, como atender, como trabalhar em equipe, qual o sentido das intervenções? Todas essas questões dizem respeito às melhores estratégias a serem empregadas visando o compromisso ético com o paciente e o comprometimento com a teoria e técnica psicanalítica.

Ao mesmo tempo em que inúmeras interrogações surgiam, o sentimento de alegria e de surpresa também ganhavam lugar durante os atendimentos. E foram esses sentimentos que produziram o desejo de mudar mais uma vez de lugar, agora para pesquisadora. Foram momentos vividos durante os atendimentos que trouxeram um encantamento sobre as possibilidades que se abrem na AD, e que motivaram o início desta investigação. O interesse circula em torno das novidades produzidas nessa experiência, como em uma das cenas relatadas no início da introdução, em que a partir da participação em um procedimento de medicação assistida de Patrícia, e da observação de que ela havia gostado da intervenção, a psicóloga pôde sair do lugar comum em que se encontrava, presa à ideia de que ir na casa de alguém e dar remédio remetia necessariamente a uma prática manicomial. Na cena, a equipe era acusada por Patrícia de querer interná-la e até matá-la, mas apontar a dimensão do seu próprio desejo em relação à realização da intervenção, que não era feita sem o seu consentimento e ainda trouxe uma certa satisfação, produziu mudanças nela e na psicóloga. Aqui não está sendo discutida a intervenção da medicação assistida em si, mas as mudanças que podem ser produzidas nos diferentes contextos de cuidado. É possível dizer que tanto o desconforto, quanto as alegrias vividas nessa experiência aconteciam frente à percepção de algo novo produzido nesses encontros.

Delimitar um recorte para a pesquisa foi uma tarefa difícil dada a complexidade da experiência, sendo possível olhá-la por diversos prismas. A primeira tarefa foi descrever o acompanhamento de alguns casos que chamaram a atenção da pesquisadora. Ao escrevê-los, foi possível ter diferentes compreensões sobre esses acompanhamentos e, a partir disso, alguns temas foram surgindo. Se no momento inicial o interesse era em pensar as intervenções no âmbito domiciliar, aos poucos as questões sobre a saúde pública foram ganhando espaço, não como foco da pesquisa, mas como contexto que produzia marcas na escrita.

Durante esse trajeto de exploração do material escrito, o relato dos casos mais completos foram dando espaço para alguns recortes, expressos em cenas que foram marcantes. Isso porque o objetivo, desde o início, era refletir sobre a modalidade de intervenção e não sobre a especificidade de cada caso. Assim, as cenas clínicas foram escolhidas como forma de expressão do material produzido e, a partir delas, organizaram-se as reflexões. Essas são cenas fictícias da experiência, no sentido de que a escrita clínica é sempre fictícia, tanto pela necessidade de preservar a identidade do paciente, quanto pela necessidade de selecionar o que vai ser contado (Mezan, 1998). Elas foram escritas e reescritas diversas vezes, a partir da memória da pesquisadora, daquilo que se inscreveu de forma significativa. Nesse sentido: “as transformações apontadas no relato escrito, constituem-se não como deformações, mas como metamorfoses que, em suas formas, revelam os caminhos pelos quais o relato e a própria experiência foi atravessada” (Guedes, 2013, p.15).

As cenas produzidas podem ser consideradas uma forma de narrativa da experiência, e esse modo de apresentar os dados da pesquisa se relaciona a uma compreensão do objeto de estudo. Freud escolheu a narrativa para a exposição de casos clínicos e a proximidade com os romances literários não é aleatória, mas se relaciona à natureza do objeto estudado e à transmissão de uma posição em relação a esse sujeito, cuja psicopatologia não é descritiva, mas narrativa (Oliveira, 2004). Isso se relaciona à ideia de que a compreensão do sofrimento psíquico não se dá por meio da descrição de sintomas, mas pelo estudo das contingências na história de cada sujeito.

A narrativa também inclui o pesquisador como sujeito e pode expressar as afetações mútuas entre pesquisador e objeto de estudo. Afinal, a relação entre método e realidade, que é intrínseca ao método psicanalítico, se aproxima mais da criatividade das artes do que das ciências. Se esta pretende manipular o objeto para saber de sua realidade, o psicanalista, tal qual

o poeta, expressa aquilo que se articula nele, como inspiração (Frayze-Pereira, 2007). Nesse sentido, a relação entre pesquisador e objeto é uma relação de transformação mútua:

o ‘objeto’ do psicanalista goza deste mesmo estatuto ambíguo – objetivo-subjetivo – próprio do que é humano. Mas, em contrapartida, o interesse e os pressupostos (ideológicos e, principalmente, teóricos e simbólicos) com que o pesquisador entrega-se e dirige-se a tais ‘objetos’ fazem da pesquisa que enceta também uma parte de suas transformações possíveis. A história do pesquisador psicanalista não seria a mesma sem estas passagens e desvios pelos seus ‘objetos’ e pelas interpretações que suscitam. (Figueredo & Minerbo, 2006, p. 261)

Dessa forma, uma cena foi escolhida para revelar de que forma a pesquisa estará organizada. Nela, há dois momentos que acompanharam a terapeuta durante toda a experiência dos atendimentos domiciliares: um primeiro marcado pelo desconforto, pela perda de sentido e pela sensação de estar louca, e um segundo momento de emoção, alegria, surpresa e reencontro com o sentido do trabalho. Essa cena se refere a um dos atendimentos iniciais de Mariana e Mayara, irmãs gêmeas que apresentavam sintomas paranoicos e uma intensa agitação. Mariana havia sido internada recentemente por ter machucado sua mão quando deu um soco em uma porta de vidro, após uma briga com sua irmã. A mãe das gêmeas, Aline, também estava presente na cena.

Entrei na casa e fui recebida por Mariana, que logo perguntou “você não está mais vindo sempre no mesmo horário né?”. Respondi que não estava, por não termos conseguido nos encontrar nas últimas vezes que combinamos. Sentei-me no sofá e estava passando o jornal. A mãe, Aline, começou a perguntar se eu conseguia lidar com os meus problemas, se psicólogo também tinha problema e ainda se eu não ficava com a cabeça “cheia demais” com o problema dos outros. Respondi desconcertada “eu gosto do que faço”.

Aline começou então a falar sobre crimes em família e lembrou de alguns casos que viraram notícias. “Você viu aquela mãe que assassinou todos seus filhos?”, “E aquela família que acreditou no que o filho estava dizendo e saíram por aí matando todo mundo?”. E assim seguiu contando um caso atrás do outro. Isso gerou em mim um desconforto, sua fala não fazia sentido. Continuou como se estivesse ministrando uma palestra sobre como devemos levar a vida. Enquanto isso o ambiente estava agitado, minha sensação era de caos, muitos estímulos ao mesmo tempo. Mariana ficou em alguns momentos em pé ao lado da porta prestando atenção na conversa, mas entrava e saía constantemente da casa. Mayara estava na cozinha preparando seu almoço e andando pelos cômodos. Os netos de Aline estavam também circulando, entre o quintal e o quarto. E ainda havia os cachorros que se mordiam a todo o

momento. Então começou uma discussão gerada por Mayara e todos começaram a falar ao mesmo tempo. Ela repetia inúmeras vezes a mesma frase “viu, esses impostores vão pagar caro pelo que fizeram comigo e com minha família”, sem saber especificar quem eram esses impostores. E ameaçava bater em Mariana para que ela melhorasse de sua depressão (e por vezes batia). O desconforto em mim se intensificava, pensava estar louca e não sabia mais o que estava fazendo ali. No entanto, comecei a pensar nas palavras de Aline sobre os assassinatos em família e então procurei chamar a atenção e formulei: “parece que vocês estão me dizendo que em certos momentos os limites dentro de uma família podem se perder de uma tal forma que podem ocorrer até assassinatos”. Nesse momento, todos se sentaram no sofá e ficaram muito atentos ao que estava dizendo, algo que gerou em mim uma grande surpresa. Então Mayara disse “às vezes tenho tanta coisa para dizer e não consigo falar tudo. Mas eu sinto como se eu estivesse toda quebrada por dentro e só estou mantendo as aparências”. Essa fala me emocionou, pensei que é por esses momentos que trabalho. E logo Aline gritou “Olha só como você fala! Precisa aceitar as coisas como são”, e então Mayara se levantou irritada, saindo do sofá. E começou a reclamar “eu vou conseguir pegar quem fez esse feitiço comigo, viu, eu vou, preciso encontrar quem fez isso comigo e minha família e vou... essa pessoa vai ver só!”. Então todos começaram a falar ao mesmo tempo, ficaram discutindo e eu aponto “é importante ouvir o que Mayara disse sobre como se sente. Está dizendo que está bastante machucada e eu imagino que não é apenas ela que se sente dessa forma.” Mas essa fala não teve nenhum efeito. Falei que voltava na próxima semana e tentei novamente estabelecer um setting mais estável, marcando tempo para as sessões, assim como data e horário, algo que ao longo de todo o acompanhamento acabou não sendo possível.

Essa cena oferece mais elementos para refletir sobre aspectos importantes da experiência em AD. A imprevisibilidade dos atendimentos e o formato em que eles ocorrem são bastante distantes da abordagem geralmente aprendida na formação do psicólogo. Não há uma demanda clara pelo atendimento por parte dessa família, e o atendimento à Mariana teve início pela solicitação do hospital. A presença dos cachorros, a televisão ligada, crianças brincando e o entra e sai de Mariana – daquela que seria inicialmente a paciente atendida – isso tudo traz a sensação de que aquela situação não se configurava como terapêutica e que o sentido da presença da psicóloga tinha se perdido. Mas na insistência desse atendimento “maluco” ou “fora da casinha” algo novo se produziu, mudando a compreensão do que se passava ali. Esse novo fez compreender que ir ao domicílio dessa família fazia todo sentido. E a “loucura” não seria

esse tipo de contato, mas sim esperar que essa família pudesse realizar um tratamento no formato ambulatorial, com hora marcada.

Durante toda a experiência foram muitos os momentos de alegria, e compreende-se que essa emoção relaciona-se com o reencontro do sentido das intervenções. A pesquisa parte como uma tentativa de reconstruir o sentido da emoção vivida nessa cena, já que ela se relaciona a um modo de compreender esses atendimentos. A partir disso, o objetivo geral desta dissertação é tecer reflexões acerca das especificidades da modalidade de AD para famílias cujo modo de vinculação é considerado psicótico. E os objetivos específicos são compreender de que forma se dá a transferência dessas famílias nessa modalidade de atendimento, bem como refletir sobre as intervenções nesse setting terapêutico.

A psicanálise vincular será o referencial teórico principal utilizado, juntamente com conceitos da psicanálise intrapsíquica, tendo em vista que a primeira tem origem nesta e muitos de seus teóricos fizeram o mesmo percurso, ou seja, ampliaram o uso dos conceitos intrapsíquicos e criaram novos conceitos para a compreensão dos fenômenos a partir do recorte vincular. Nesse sentido, Berenstein (2011) colocava:

Não há um discurso monolítico e uma borda que separe e reúna, una e discrimine as concepções baseadas no aparelho psíquico e aquelas baseadas no vínculo. Das primeiras (as concepções baseadas no aparelho psíquico), derivam aplicações aos vínculos e as segundas são produzidas especificamente nesse campo. Em um segundo momento também são de aplicação e derivam reformulações de alguns conceitos psicanalíticos. (p.15)

O caminho que será percorrido neste texto tem início no capítulo 3, cujo foco é pensar o domicílio como local de intervenção, a partir dos conceitos de setting terapêutico, transferência e contratransferência. De acordo com esses conceitos, será exposta uma compreensão sobre as especificidades do atendimento domiciliar em famílias com vínculo psicótico. Também será discutida a transferência que se dá a partir do enquadre do programa, cujo objetivo é facilitar a inserção do paciente acompanhado em outros serviços de saúde. E, por meio do relato de duas histórias de acompanhamento, destaca-se a maneira singular com que o enquadre do programa foi vivenciado.

No capítulo 4, discute-se as intervenções – denominadas inter-invenções – segundo dois eixos: o primeiro referente à compreensão do funcionamento vincular psicótico, e o segundo relacionado ao vínculo terapêutico, a partir da noção de vínculo de Berenstein. Será utilizado o

conceito de intermediário de Kaës para compreender algumas intervenções no domicílio, como o entra e sai do terapeuta, além do uso de recursos gráficos e da construção de histórias.

CAPÍTULO 3 - A CASA COMO LOCAL DE INTERVENÇÃO: SETTING E TRANSFERÊNCIA

No presente capítulo, serão discutidos, a partir das noções de transferência e de setting terapêutico, pontos referentes ao domicílio como local de intervenção.

Retomemos a cena do atendimento de Mariana e Mayara, descrita no fim do capítulo 2. Logo de início foram trazidos elementos sobre o enquadre terapêutico, em que a psicóloga decidiu não mais combinar horários fixos. Em seguida, entraram em jogo aspectos transferenciais, que se evidenciaram com a pergunta de Aline se a terapeuta não estaria com a cabeça “cheia demais” com o problema dos outros, algo que parecia estar relacionado com o seu próprio estado emocional. Além disso, a forma como essa família se apresentava, em um entra e sai incessantes entre os cômodos da casa, acompanhada pela fala de Aline sobre histórias de assassinatos em famílias, foram elementos transferenciais que geraram na terapeuta um sentimento contratransferencial de intenso desconforto, sentindo-se louca e em um atendimento sem sentido. No momento em que a terapeuta, apesar dos intensos sentimentos contratransferenciais, refletiu sobre a transferência ali estabelecida, foi possível a interpretação do conteúdo que estava latente – o temor pela perda de limites. Ao sentarem-se no sofá, como efeito da interpretação, os corpos que não encontravam lugar nos cômodos da casa pareceram ter um breve sossego. Isso criou um espaço de fala para Mayara expressar seu sofrimento que se manifestava até então em sua agitação corpórea: *“por dentro me sinto toda quebrada”*. Sofrimento este insuportável para sua mãe, que censurou então a fala da filha. “Estamos em pedaços e isso é insuportável”, parecia dizer essa família.

Desse modo, o atendimento que parecia não fazer sentido muda de lugar quando a fala de Mayara revela o que estava se passando com essa família. A seguir, serão abordados conceitos que pretendem explicitar uma compreensão da abordagem, no âmbito domiciliar, de famílias com vínculo psicótico.

3.1 Settings diferentes

Nessa experiência, o lugar do atendimento e suas condições são múltiplos, podendo acontecer em diversos espaços dentro da casa – no quarto, na cozinha, na sala, no quintal; fora da casa – na porta do lado de fora, no acompanhamento a um serviço de saúde, na rua, no ônibus, em alguma atividade no CECCO (Centro de convivência), em parques e em muitos outros espaços; podendo ser abordagens individuais, em família, com participação da comunidade, ou ainda, intervenções compartilhadas com outros profissionais do próprio serviço ou de outros. Não é raro que essa multiplicidade de possibilidades gere desconforto, perda de sentido e a sensação de estar “fora da casinha”, ao mesmo tempo em que essa flexibilidade favorece os encontros. Como na cena de Mariana e Mayara, frente à impossibilidade de atendimentos em horários pré-determinados, o mais coerente seria abrir mão dos horários e não das tentativas de encontros. Assim, no presente tópico, a discussão se dará em torno das possibilidades de flexibilização do setting analítico tradicional.

Freud (1913/1996), no texto “Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)”, trata sobre questões referentes ao enquadre. No entanto, ao longo de sua obra ele não se detém na questão do setting analítico. No “Vocabulário da Psicanálise” de Laplanche (1991), as palavras setting e enquadre não aparecem descritas como conceitos. Apesar disso, muitos psicanalistas se dedicaram a esse tema, aprofundando a sua importância na teoria psicanalítica.

O setting pode ser considerado um lugar privilegiado, onde a dinâmica transferencial poderia ficar em evidência e ser trabalhada. Segundo Etchegoyen (1987): “É justamente porque Freud havia descoberto esse fenômeno é que as normas específicas do tratamento analítico apontam em sua essência para que o fenômeno transferencial possa se desenvolver sem tropeços” (p.296). A função do enquadre é facilitar o processo. Segundo o mesmo autor, a fixação de constantes do enquadre, realizada por Freud, tinha o intuito de definir condições mais favoráveis ao desenvolvimento do tratamento, de forma que “o enquadre consiste no conjunto de estipulações que asseguram o mínimo de interferência à tarefa analítica, ao mesmo tempo que oferecem o máximo de informação que o analista pode receber” (Etchegoyen, 1987, p. 295).

Bleger (2003) define setting como situação analítica, que é onde se dá o processo analítico. Para tanto, haveria um enquadre, as constantes do processo (regras do contrato, como

horário, honorários, etc) e o próprio processo com todas as suas variáveis. Para o autor, a função do enquadre também seria facilitar o transcurso analítico

Uma importante pontuação que se coloca é se os materiais psíquicos advindos dos atendimentos domiciliares podem ser considerados transferenciais e passíveis de serem analisados, embora estejam fora do enquadre analítico. Mas, se a noção de transferência foi construída por Freud a partir da clínica da neurose e do setting analítico ortodoxo, não seria possível questionar se as técnicas que foram construídas nessa clínica poderiam ser aplicadas à da psicose sem alteração? A partir dessas perguntas buscaremos elucidar o que permitiria sustentar teoricamente o setting domiciliar.

Se o setting analítico implica a noção de lugar, algumas reflexões podem ser tecidas a partir dessa perspectiva para o sujeito psicótico. Ribeiro (2005) coloca que a problemática principal da psicose seria a da busca de um lugar. Esse não-lugar do sujeito psicótico pode ser entendido por diferentes aspectos. É possível compreender essa falta de lugar a partir da noção do espaço que lhe é designado na família, já que nessas relações não está incluída a dimensão do seu próprio desejo, do seu corpo próprio. Em uma dimensão cultural, é possível questionar que lugar será conferido a sujeitos com dificuldades de se adequar às inúmeras regras e normas estabelecidas, em uma sociedade em que isso é algo essencial.

Segundo Ribeiro (2005), se a questão do psicótico é a busca de um lugar, isso colocaria a mesma problemática ao psicanalista, ou a qualquer outro profissional que se proponha a se dedicar a essa clínica. A partir dessa perspectiva, o lugar do setting passa a ser uma questão. A autora elabora o conceito de psicanalista andante para abordar a disponibilidade de acompanhar o outro onde quer que ele transite. Na mesma perspectiva, muitos analistas que se propõem a trabalhar sob a ética do acompanhamento terapêutico (AT) discorrem sobre outros settings, como a rua, as instituições, e outros lugares. Dessa forma, se o lugar do setting não é mais fixo, cabe discutir o que dele se mantém, para possibilitar a escuta analítica em diferentes lugares.

Rosa (2004) questiona a ideia de que a transferência fique sempre atrelada à clínica no consultório, sendo importante evidenciar as condições necessárias para a construção de um saber. Coloca que a escuta psicanalítica ocorre na transferência e isso implica que o analista sustente uma posição que permita que o sujeito fale. Essa fala não é uma fala qualquer, desde que haja uma escuta de um analista desejante. Isso significa que haja intenção de escuta do discurso do sujeito. Nesse sentido, “Partimos do pressuposto de que é o desejo do analista

investido de uma condição especial, ou seja, uma certa disponibilidade para a clínica da psicose, que pode viabilizar a transferência nessa clínica” (Meyer & Brauer, 2010, p. 242). Dessa forma, compreende-se a disponibilidade do analista como algo essencial para o estabelecimento da transferência, sendo que o seu manejo e interpretação é indispensável ao dispositivo analítico. Atualmente, é possível dizer que a questão não é mais se é possível a análise do sujeito psicótico, se há transferência e inconsciente, mas quais são as particularidades da condição psicótica (Ribeiro, 2005).

Tendo em vista ser possível sustentar uma escuta analítica em diferentes lugares, guardada algumas condições, pretende-se delinear algumas particularidades do setting domiciliar. A entrada no domicílio tem um aspecto importante que é o de oferecer muitas informações sobre o sujeito, sem que seja necessária a transmissão pela fala. O aspecto geral da casa, a divisão de cômodos, os odores, as fotografias e colagens na parede, a decoração, a forma como os animais de estimação se comportam, seus habitantes, os vizinhos e as relações que se estabelecem a partir do espaço do domicílio, são todas informações que dizem sobre uma dada realidade, que dificilmente se teria notícias nos atendimentos institucionais (consultórios, serviços de saúde, etc). Não é sem motivo que muitas famílias dificultam a entrada de uma equipe de saúde em seu espaço íntimo. Para alguns, entrar na casa tem um significado muito próximo de permitir a entrada dentro de si próprio. Como Joice, que, a partir da permissão da entrada em sua casa, passou a falar de si, contar seus sonhos, diferente de sua fala queixosa sobre os outros e sobre o mundo, que apresentava enquanto os atendimentos eram realizados do lado de fora.

Mas, se a casa fala antes do sujeito falar sobre ela, e é o profissional que se desloca até ele, algumas questões se colocam. O que autoriza o uso, pelo terapeuta, das informações que podem ser apreendidas a partir do setting domiciliar? Essa discussão não se refere a qualquer profissional, o que exigiria levantar outras questões, mas especificamente ao psicanalista. Aqui estão sendo levantados pontos sobre o estabelecimento da transferência no setting domiciliar. Como determinar se aquele que aceita os atendimentos está de fato os desejando? E, por outro lado, se aquele que inicialmente demonstra recusa não os deseja?

Nas intervenções domiciliares, a falta de demanda pelo atendimento pode se manifestar de diversas formas, seja pela fala explícita do sujeito ou pelo seu comportamento, como trancar-se no quarto ou sair de casa na hora marcada. Como no caso de Adalberto, que deixava a

psicóloga entrar na casa, ao mesmo tempo em que saía dela. Isso era compreendido como uma recusa ao contato, o que era respeitado, e explicado à família que o atendimento não poderia ser realizado dessa forma, que teriam que ser criadas outras estratégias. Para Adalberto, o vínculo estabelecido com a equipe se deu a partir da abordagem da enfermeira.

No entanto, em alguns casos isso era mais difícil de distinguir. Conforme relatado na cena de Mariana e Mayara, elas constantemente não estavam em casa para os atendimentos agendados. Não paravam para conversar e muitas vezes pareciam estar alheias à presença da terapeuta. Mayara acusava a equipe de saúde de ter acabado com a vida dela, pois, desde que havia tomado a medicação psicotrópica, nunca mais havia sido a mesma, sua cor havia mudado e sua energia acabado (apesar de sua intensa agitação); e se queixava sobre os feitiços lançados sobre ela e sua família. No entanto, entende-se que a impossibilidade de fazer combinados não estava relacionada a uma recusa pelos atendimentos, mas sim era reflexo da desorganização psíquica que a família estava vivendo. A interpretação sobre o conteúdo que estava latente – o temor pela perda dos limites – teve um efeito organizador e, a partir disso, Mayara pode expressar seu sofrimento. Nesse ponto, considera-se que havia uma transferência estabelecida.

Até aqui, é possível formular que um dos fatores que organizam esta reflexão é se há a presença do desejo por parte do terapeuta e do paciente. Mas apenas isso seria o suficiente? Que outros fatores devem ser considerados? Objetiva-se, então, discutir alguns impasses que se colocaram na experiência da pesquisadora. Destaca-se o de quando receber atendimento no domicílio estaria favorecendo a acomodação, sendo necessário refletir sobre os motivos que levaram essa opção pelo atendimento domiciliar. Segue-se uma breve descrição de um caso abordando a função que os atendimentos domiciliares estavam tendo.

Wando, de 25 anos, estava sendo acompanhado há cerca de dois anos no domicílio e nesse período não teve nenhuma crise nem sofreu nenhuma internação hospitalar, diferente do que havia ocorrido nos últimos dez anos, quando teve cerca de quinze internações. No entanto, mantinha-se vivendo apenas dentro do seu quarto, do seu próprio mundo, com suas próprias regras. Em casa recebia tudo de seus pais, sem que fosse necessário seguir nenhuma regra, oferecer nenhuma contrapartida. Dormia, acordava e comia na hora que queria, cada dia era um dia. Isso contribuía para que ficasse cada vez mais isolado. Parecia que, para seus pais, bastava que ele não entrasse em crise. Dessa forma, recusava-se a sair de casa, a frequentar os serviços de saúde, ou qualquer proposta que não estivesse diretamente relacionada à sua

vontade. Aceitava apenas a medicação. Parte dessa imobilidade, sentida nos atendimentos, devia-se a um luto impossível de ser elaborado acerca da morte da irmã de Wando. Sua mãe apresentava-se melancólica, ficava o dia todo na cama e recusava qualquer intervenção. Nesse contexto, foi entendido que os atendimentos domiciliares acabavam por ajudar a manter uma inércia considerada patológica.

Como Wando já recebia visitas da equipe do CAPS e da UBS, foi decidido pelo encerramento das visitas, que poderiam ser solicitadas novamente em outro momento. O adoecimento familiar justificava a continuidade dos atendimentos. Por outro lado, havia um intenso questionamento: até quando investir em um acompanhamento, quais são os limites? Não há uma resposta, mas esses questionamentos estiveram presentes em muitos casos acompanhados. Nesse caso, ficou claro a importância de uma rede de apoio.

Para concluir a discussão sobre esse setting diferente, retomemos a cena de Mariana e Mayara. Nela, a terapeuta apresenta duas formas de lidar com o enquadre terapêutico. No momento inicial, revela à Mariana que, frente à ineficácia de combinar horários para os encontros, ela abre mão disso. Ao fim da cena, ela tenta reestabelecer combinados, tempo de atendimento e horário. Isso pode ser entendido como uma resposta da terapeuta aos sentimentos contratransferenciais suscitados no atendimento, frente a uma realidade sentida como caótica. Mas, se não estava sendo possível o estabelecimento de enquadre fixo pelo horário ou por quem participaria do atendimento, há algo que permanece estável nesse setting, que é o objetivo do acompanhamento – a inserção em serviços de saúde –, e a forma como cada sujeito vivencia tal objetivo é bastante particular. Tal como o enquadre na clínica tradicional é alheio para o paciente, com o estabelecimento de questões objetivas como horário, pagamento, local do atendimento, é possível dizer que, na modalidade do atendimento domiciliar, os objetivos do programa serviriam como enquadre do acompanhamento. E aquilo que se mostra de cada família a partir desse enquadre pode ser considerado como aspectos transferenciais.

3.2 Aspectos da transferência e da contratransferência

A entrada nessa casa foi difícil. Segundo o relato da equipe da UBS, isso nunca foi possível, e a entrega de materiais destinados à mãe, Linea, era realizada pelo lado de fora.

Mas, se entrar nessa casa era difícil, ficar lá também era. Desde o início dos atendimentos, as questões familiares se sobrepuseram e a forma com que a família se apresentava parecia gerar uma nuvem carregada que dificultava a visão e o pensamento. Conversar apenas com Antônio não era possível, pois a cada atendimento os membros da família se faziam presentes, trazendo diversas questões. Vários assuntos eram disparados por todos e ao mesmo tempo. Ana contava sobre os problemas com sua filha, João falava sobre sua desconfiança com os vizinhos, Mara falava de sua dor na unha do pé, assuntos que pareciam desconexos. Patrícia, a única que trabalhava, era acionada em todas as visitas domiciliares, embora estivesse em horário de trabalho, algo que não podia de início ser compreendido pela equipe. Minha sensação era de que os atendimentos geravam desorganização e ansiedade na família, e a equipe relatava sentir ser insuportável estar dentro dessa casa. Cada um na equipe parecia dar um sentido para aquela dinâmica representacional, “é uma falta de respeito, pedimos para atender Antônio e ficam falando de outros assuntos”, “não querem o atendimento”, e, sobre a dificuldade de entrar na casa, havia uma desconfiança: “será que há alguma atividade ilegal?”.

Destaca-se, na cena acima, dois aspectos: o relato sobre a maneira como essa determinada família se apresentava nos atendimentos, sem que fosse possível compreender de antemão os sentidos disso; e o relato sobre sentimentos e sensações subjetivas da terapeuta em relação ao fato narrado, além de algumas interpretações da equipe. Se durante os atendimentos todos se faziam presentes, falavam ao mesmo tempo e traziam questões de maneira indiscriminada, a sensação da terapeuta era de uma dificuldade de pensar. A equipe relatava ser insuportável estar com essa família e, a partir disso, apareciam inúmeras indagações. Entende-se que a forma como cada família recebia a terapeuta ou a equipe no domicílio e o lugar que os colocavam nos atendimentos se relacionavam a aspectos transferenciais, e os sentimentos suscitados dizem respeito à contratransferência. No presente tópico, serão discutidos de que forma esses conceitos contribuíram para a compreensão da experiência na AD.

Sobre o conceito de transferência, Freud (1917/1996) percebeu em seus atendimentos uma repetição: os pacientes pareciam desenvolver, em relação à sua figura, sentimentos de amor ou de hostilidade. No primeiro caso, isso ajudava o tratamento, na medida em que o paciente depositava nele confiança, e assim investia empenho em falar sobre seus problemas, mas, no segundo caso, isso significava uma resistência ao processo terapêutico. A partir disso, elaborou

que, em ambos os casos, se trataria de um fenômeno chamado transferência, pois os sentimentos direcionados a ele não pareciam ser oriundos do tratamento, mas sim de um outro lugar:

uma transferência de sentimentos à pessoa do médico, de vez que não acreditamos poder a situação no tratamento justificar o desenvolvimento de tais sentimentos. Pelo contrário, suspeitamos que toda a presteza com que esses sentimentos se manifestam de algum outro lugar, que eles já estavam preparados no paciente e, com a oportunidade ensejada pelo tratamento analítico, são transferidos para a pessoa do médico. (Freud, 1917/1996, p.443)

Dessa forma, os sentimentos apresentados no decorrer do tratamento estariam deslocados de outro lugar e o dispositivo analítico permitiria uma atualização desses sentimentos na cena analítica. Esse conceito tornou-se o principal instrumento de trabalho do psicanalista, já que nele estaria contido o material da análise: “quando, porém, o tratamento logra domínio sobre o paciente, ocorre a totalidade da produção de sua doença concentrar-se em um único ponto – sua relação com o médico” (Freud, 1917/1996, p. 445). Entende-se que, a partir da relação terapêutica, seja revivida uma problemática que levou o sujeito ao adoecimento. Em outras palavras, seria uma repetição que se daria no lugar da lembrança (Freud, 1912). Ressalta-se que a repetição, na transferência, de experiências passadas não ganha um sentido realista, do que efetivamente ocorreu, mas diz de uma transferência da realidade psíquica (Laplanche, 1991).

O fenômeno da transferência não é específico do dispositivo analítico, ocorrendo nas relações humanas comuns, mas é a partir da compreensão do psicanalista que esse fenômeno se evidencia:

Pode-se levantar ainda a questão de saber por que os fenômenos de resistência da transferência só aparecem na psicanálise e não em formas indiferentes de atendimentos (em instituições por exemplo). A resposta é que eles também se apresentam nessas outras situações, mas têm que ser identificados como tal. (Freud, 1912, p.117)

Segundo Freud (1917/1996), sem o estabelecimento da transferência não seria possível o processo terapêutico. Esse seria o caso das neuroses narcísicas, nas quais a presença do médico não causaria rejeição, mas indiferença. Nos casos a partir dos quais é tecida esta pesquisa, a presença da terapeuta provocou impactos, sendo que os movimentos observados – de deixar entrar na casa, ou de não deixar, o local onde ocorriam os atendimentos, ou a forma de se relacionar com a terapeuta – podem ser entendidos como aspectos transferenciais. Mais ainda, como uma transferência familiar: “A transferência em terapia familiar é o denominador comum dos fantasmas e dos afetos ligados a um objeto do passado familiar, referidos (por deslocamento

e por projeção) ao terapeuta” (Eiguer, 1985, p. 145). Dessa forma, nos atendimentos domiciliares, entende-se que a forma de relação estabelecida com o terapeuta está ligada a um modo de se relacionar da família.

O conceito de contratransferência não foi enfatizado ao longo da obra de Freud. Em suas palavras:

As outras inovações na técnica relacionam-se com o próprio médico. Tornamo-nos cientes da ‘contratransferência’, que, nele, surge como resultado da influência do paciente sobre seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. [...] notamos que nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas. (Freud, 1910, p. 150)

A contratransferência seria então os sentimentos inconscientes que são despertados pelo paciente e que deveriam ser superados pelo analista para a continuidade do tratamento, de forma que ela não represente uma resistência do analista. Assim como a transferência é um fenômeno que não é exclusivo do setting analítico, a contratransferência também está presente em outras relações, inclusive nas relações entre pacientes e outros profissionais da saúde. Na experiência dos atendimentos domiciliares, os sentimentos contratransferenciais despertados na terapeuta e na equipe multiprofissional foram intensos. Como na cena que inicia o presente tópico, em que a família apresentava-se de maneira indiscriminada e a equipe relatou um intenso desconforto, realizando a partir disso inúmeras interpretações, muitas vezes de cunho moral: “é uma falta de respeito”, “não querem o atendimento”. Segue-se outra cena:

Estava sendo discutido, na reunião de equipe, o caso de Amanda, garota que vivia há dezoito anos trancada no quarto. Entrar em contato com ela e com sua história gerou sofrimento na equipe, que por vezes se manifestava de forma inconsciente. Havia uma raiva direcionada à família que a mantinha nessas condições, que tornava a escuta dessa família difícil de sustentar. Nessa reunião, duas profissionais brigavam entre si, uma discordava da opinião da outra sobre a suposição de que Amanda já deveria ter apanhado muito para manter-se tão dócil. Os outros profissionais da equipe começaram a questionar os motivos da briga, da raiva entre as duas profissionais, e, ao longo da reunião clínica, elas puderam falar de como estava difícil ver Amanda naquela situação. E assim as discussões cessaram.

Essa cena traz o sofrimento dos profissionais ao entrar em contato com determinadas realidades. Mas isso nem sempre se mostra de maneira consciente, por vezes aparece em uma agressividade voltada à família do paciente ou a outros profissionais. Como na cena seguinte:

Depois de uma reunião de equipe, eu estava muito chateada com uma outra profissional, Geni. Na hora do almoço contei a uma colega minhas indignações com a postura de Geni. Eu mesma estranhei meu desconforto, já que não costumava ficar tão incomodada com questões assim. Enquanto me queixava, fui surpreendida com um choro, quando comecei a falar de Agostinho. Naquela manhã, havia recebido a notícia de seu falecimento, poucos dias depois de sua mãe ter se mudado de cidade, deixando-o sozinho. No momento em que recebi a notícia, mantive-me aparentemente fria, pensei que a agressividade era tamanha nessa família que uma morte não seria uma surpresa. Após esse choro, os sentimentos de indignação com a referida profissional cessaram.

Essas cenas mostram sentimentos contratransferenciais que, quando são identificados, podem ser superados. Algo que auxiliava a superar tais sentimentos era a tentativa de compreendê-los a partir da transferência. Assim, os desconfortos presentes nos atendimentos poderiam ganhar outros significados que não apenas os julgamentos. Nas discussões de equipe, a terapeuta procurava explicitar: “é uma família que funciona de forma psicótica. Não conseguimos atender só Antônio porque para eles Antônio são eles também. Para famílias que funcionam assim, entrar na casa pode ser bastante desorganizador”. Isso auxiliava a dar sentidos a essa maneira de funcionar, bem como a sustentar os atendimentos.

Para elucidar tal compreensão sobre o funcionamento vincular dessas famílias, no próximo tópico será discutida a transferência, no setting domiciliar, de famílias de funcionamento psicótico, a partir da psicanálise vincular.

3.3 Transferência no setting domiciliar de famílias com vínculo psicótico

A seguir, alguns conceitos da psicanálise vincular que sustentaram uma compreensão da transferência com essas famílias. As patologias mentais graves são alvo de discussões quanto à sua etiologia e a possíveis abordagens. O que se pretende é apresentar uma perspectiva vincular sobre o adoecimento psíquico, que não se apresente como um conhecimento total, mas que componha contribuições na apreensão do fenômeno complexo que é o transtorno mental.

Sobre a origem da vertente teórica da Psicanálise de Família e Casal, Gomes e Levy (2009) consideram ser uma ampliação da teoria psicanalítica, que teve seu início em meados da

década de 1940, para o atendimento de famílias de pessoas com esquizofrenia. Inicialmente, partiu-se de conceitos desenvolvidos na psicanálise individual e grupal, principalmente por Freud, Klein, Bion, Winnicott, Pichon-Rivière, Bleger

Muitas discussões surgiram em torno da questão da relação entre indivíduo e seu meio. Para alguns, Freud teria voltado sua atenção essencialmente ao funcionamento intrapsíquico, embora sempre tenha demonstrado interesse na compreensão das relações entre indivíduo e sociedade, em textos como “Totem e tabu”, “Psicologia das massas e análise do ego”, entre outros (Gomes 2007). Para Svartman (2003), a partir das contribuições de Freud para a compreensão do aparelho psíquico, a constituição da subjetividade não pode ser dissociada da formação das subjetividades de seus grupos de pertença: “nas origens da psicanálise já está presente a noção intrincada do dentro e do fora, do intra e do intersubjetivo, da potência do vínculo” (p. 34).

Mandelbaum (2008) propõe que a terapia familiar psicanalítica seja compreendida como uma forma de psicanálise, mas que, ao invés de trabalhar com os conteúdos inconscientes individuais, seja utilizado o material psíquico familiar, entendendo cada manifestação individual no grupo como sendo parte de um processo grupal.

Na terapia familiar psicanalítica, muitas correntes com diferentes enfoques foram se desenvolvendo. Uma delas foi a psicanálise kleiniana da família, influenciada por Melanie Klein, por Bion e ainda por alguns conceitos da vertente sistêmica (Mandelbaum, 2008). Suas principais contribuições estão relacionadas à compreensão do funcionamento intrapsíquico (ou mundo interno). Conceitos como identificação projetiva e posição esquizo-paranóide são utilizados para o entendimento da forma como o indivíduo se relaciona com o meio.

Bion contribui para essa vertente com a noção de dinâmica intersubjetiva, utilizando como base a relação mãe-bebê. Segundo esse psicanalista, é possível compreender os processos grupais a partir do funcionamento psíquico do bebê e de suas ansiedades mais primitivas:

O modelo proposto por Bion para pensar as relações interpessoais, que tem seu núcleo na ideia de continência, isto é, na capacidade de aceitar os sentimentos do outro, proporcionando dessa forma alívio e apoio, e de usar essa experiência para ajudar o outro a compreender com mais precisão o que está sentindo, está também no cerne da terapia psicanalítica de orientação Kleiniana com famílias. (Mandelbaum, 2008, pp. 79-80)

Outra vertente teórica da terapia familiar é a Psicanálise das Configurações Vinculares, referencial criado na década de 1970 por um grupo de psicanalistas na França e na Argentina, influenciados pelos estudos de Bion sobre funcionamento grupal, tendo Kaës e Eiguier como representantes dessa linha teórica (Gomes et al., 2009). Essa abordagem pretende ampliar o alcance das teorias desenvolvidas anteriormente focadas apenas nos processos intrapsíquicos, procurando acrescentar estudos desenvolvidos em outras áreas do conhecimento para a compreensão de um sujeito social. Traz o conceito de vínculo em contraposição ao conceito de relação objetal.

a teoria dos vínculos é outro ponto de partida, diferente do correspondente aos critérios de identidade e de individualidade. Estes foram usados para a origem da subjetividade, e agora estamos propondo o critério de pertença assim como o de conjunto, que também dão outras origens à subjetividade, pensada como uma entidade múltipla. Queremos dizer que se é sujeito pelo passado precoce e infantil e se o é pela pertença à família, ao(s) casal(is) e a uma época. (Berenstein, 2011, p. 98)

Weissmann (2009) constrói uma linha que mostra a forma como essa teoria, focando-se essencialmente nas contribuições dos argentinos Berenstein e Puget, foi valendo-se de conceitos de diferentes vertentes da psicanálise, além de conceitos de outras áreas do conhecimento, tais como a etnologia e a antropologia, para desenhar seu constructo teórico. Em suas palavras:

A teoria psicanalítica utiliza o método genético-histórico proposto por Freud e apoia-se nos conceitos de inconsciente, repressão, complexo de Édipo e de mundo interno construído pelas representações das relações emocionais com os objetos. O estruturalismo, proposto pela antropologia estrutural, baseia-se nas relações de intercâmbio entre duas famílias com o conceito das estruturas de parentesco. Assim se faz a passagem de um pensamento psicanalítico do tipo biológico, centrado na descendência, a um pensamento antropológico estrutural, centrado na família, que se constitui a partir de uma relação de intercâmbio entre duas famílias. (p. 53)

Segundo a mesma autora, essa linha foi bastante influenciada, por além das correntes de psicanálise de grupo, pelo pensamento de Lévi-Strauss, com a obra “As estruturas elementares do parentesco”, em que foi trabalhada a ideia de que as relações familiares e de casamento estariam fortemente associadas à relação de intercâmbio entre as famílias como uma necessidade de organização social.

Sobre as formas de adoecimento familiar, Berenstein (1988) propõe que o adoecimento de um membro da família seja considerado como uma mensagem a ser decifrada, no sentido de ser revelador de um funcionamento familiar subjacente. Dessa forma, considerada como um sistema, a patologia seria um signo que leva à estrutura do grupo. Essa observação não se daria

a partir da experiência imediata, mas da passagem do comportamento manifesto ao seu conteúdo latente, no sentido de que seus conteúdos são inconscientes ao grupo familiar.

O grupo familiar, com frequência, não percebe o código de valores a partir do qual outorga o significado de um comportamento como sendo sadio ou doente e a oposição saúde/doença não questiona o código de valores, considerando-o como absoluto, válido e natural. [...] Somente reconstituindo o contexto no qual a doença mental adquire sentido, é que podemos lhe dar significado apropriado como mensagem inconsciente. (p. 79)

O autor pretende questionar os critérios de oposição entre saúde e doença, que geralmente estão sobrepostos aos de normalidade e anormalidade, de adaptação e desadaptação. De forma que um indivíduo pode sofrer sérias perturbações, mas não ser visto como doente, caso essas perturbações sejam congruentes com as normas familiares. Assim como na sociedade, a família pode se dividir a partir de uma dualidade cindida, que mais do que uma estrutura, essas formas dizem de uma maneira de solucionar problemas (Berenstein, 1988).

A organização dualista determina que os indivíduos se definam uns em relação aos outros por pertencerem, ou não, à mesma metade, cada uma das quais adota uma denominação diferente. Ao nível familiar, uma das metades é formada pelo doente e a outra metade, formada por sadios, que adotam efetivamente esta denominação. As duas metades formam uma oposição e constituem um sistema indissolúvel já que não se pode compreender um dos termos sem o outro. (Berenstein, 1988, p. 87)

Sobre o funcionamento grupal, Kaës (2004) coloca a importante função do indivíduo selecionado como porta-voz em um grupo, que teria a função de intermediário, ou seja, seria aquele que indica a doença ou a fantasia inconsciente do grupo. Assim, o doente mental pode ser considerado como porta-voz de um grupo familiar. No entanto, Kaës busca destacar que o sujeito que está na posição de porta-voz o faz a partir de sua vivência subjetiva; ele seria portanto, da mesma forma que os outros integrantes do grupo, sujeito do inconsciente. O autor parece querer tirar o doente mental, ou o porta-voz do grupo, do lugar de objeto, destacando sua subjetividade. Segundo este autor, o porta-voz poderia ter funções de duas ordens diferentes: o modo metonímico ou o metafórico. No primeiro funcionamento, ligado ao grupo que seria psicótico, o porta-voz seria assimilado pelo grupo, enquanto no modo metafórico, ligado ao funcionamento neurótico, o porta-voz seria considerado uma expressão análoga ao processo grupal, porém não idêntica. Nas famílias de funcionamento psicótico, cada indivíduo teria uma função metonímica para o grupo, de forma que se há a mudança com um indivíduo, o grupo todo fica ameaçado. Já no funcionamento neurótico cada indivíduo pode mudar, sem que precise

representar o grupo todo. Essas diferenças trazem implicações importantes no funcionamento de cada grupo.

Sobre a organização psíquica familiar, Eiguer (1985) traz importantes contribuições. Introduce a noção de organização fantasmática familiar, que permite pensar o funcionamento inconsciente dos membros da família quando estão em grupo, diferente do funcionamento inconsciente do sujeito em outras situações. Para tanto, traz o conceito de organizadores do psiquismo familiar: “a família tornar-se-á, por causa do organizador, um grupo constituído por indivíduos que possuem uma representação inconsciente deste grupo, no interior de seu próprio aparelho psíquico” (Eiguer, 1985, p. 29).

O autor descreve três organizadores da vida familiar inconsciente. O primeiro deles é a escolha de objeto, que ocorre no momento em que é constituída a relação amorosa entre o casal parental que dará origem a uma nova família. Esse organizador é bastante influenciado pelo Édipo de cada parceiro, incluindo a noção de proibição do incesto, por meio da qual o sujeito é preparado para dar origem à outra família. O segundo deles seria o eu familiar, a partir do qual a família organizará seu narcisismo normal. Está associado aos sentimentos de pertencimento, de identidade familiar. Por fim, o terceiro organizador seria a interfantasmática, que traz a noção de fantasma: “é, na ótica individual, o elemento que liga representações inconscientes, pré-conscientes e conscientes. Ele traduz, num momento de retorno, a presença do recaiado, dando-lhe contudo uma dimensão transformada, fantasiosa e melhor aceita pelo ego” (Eiguer, 1985, p. 45). Essa instância estaria relacionada ao “mito familiar”, além de ter uma dimensão universal e filogenética, ligada aos fantasmas ditos originários: intra-uterino, de cena primitiva, de castração e de sedução.

A partir dos organizadores psíquicos, o autor vai definir diferentes tipos de família: a família funcional ou com sistema flexível, que seriam as famílias ditas normais ou neuróticas, e as famílias disfuncionais ou com sistema rígido. Nestas últimas, há ainda uma diferenciação, as famílias confrontadas com a angústia de perda e as famílias narcísicas ou psicóticas. Sobre a família psicótica, Eiguer (1985) descreve:

Na relação objetal narcisista, mais particular às famílias de pacientes psicóticos, tem-se a necessidade do outro para nele se refletir como num espelho. O indivíduo sem o outro, isto não é possível; com um outro móvel, mutável, também não é possível. O outro deve permanecer, estar lá, mas passivo, ‘transparente’, sem volume, deve ser apenas objeto para o sujeito e nada mais. (p.86)

O autor coloca que, na família psicótica, o tipo de escolha objetal é predominantemente narcísico. A partir disso, Eiguer descreve algumas características importantes nesse tipo de funcionamento, como a tendência à uniformização, o temor da diferença e da alteridade, e a ameaça de desmembramento. Isso implica que não há espaço para investimento em relações variadas, fora do grupo familiar. Sobre o paciente identificado como psicótico, este seria considerado o sintoma da psicose familiar:

No que concerne à vida fantasmática inconsciente, ela suscita sentimentos muito difíceis. [...] Elas [as famílias] o vivem como invasor, enquanto que habitualmente elas funcionam como se estivessem se invadindo e se interpenetrando (fusão). Diversamente das famílias de neuróticos, estes conflitos desembocam num sintoma psicótico, num membro em particular, aquele que concentra sobre si todo o 'peso' fantasmático, enquanto os membros negam toda perturbação. (Eiguer, 1985, p. 89)

Nas famílias neuróticas, o que ocorre é que os conluios fantasmáticos geram problemas, conflitos mais explícitos, que com mais frequência levam a família a procurar ajuda. Já na família psicótica os conflitos são mais sistematicamente negados, sendo relegados ao paciente identificado como louco.

Sobre a relação da família com a sua casa, Eiguer (2000) também traz contribuições. O espaço da casa é investido a partir da representação do corpo e do grupo familiar. Em relação ao segundo organizador psíquico, o eu familiar, o autor descreve três componentes: o sentimento de pertença, o habitat interior e o ideal de ego coletivo. O habitat interior remete à imagem corporal do “corpo familiar” e de alguma forma à base do reconhecimento do grupo. Uma vez consolidado, esse habitat interior pode fazer a família se sentir contida. O autor relaciona a função que o habitat interior tem para o grupo familiar com a de pele psíquica para o sujeito, a partir do conceito de Anzieu (1985, citado por Eiguer, 2000). Em algumas famílias, essa consolidação não ocorre, passando a depender do apoio permanente do habitat real para a manutenção da unidade psíquica: “Suas falhas estariam na origem das fugas, dos estranhamentos, das mudanças inexplicáveis, ou da imobilidade daqueles cuja identidade primária é precária e que se ‘agarram’ às paredes” (Eiguer, 2000, p.11).

A partir dessa compreensão das famílias com vínculo psicótico, é possível refletir sobre alguns aspectos da experiência dos atendimentos domiciliares. Se nessas famílias a unidade psíquica é frágil e está sendo constantemente ameaçada, entende-se que o isolamento no espaço da casa seja uma defesa frente à possibilidade de desmembramento. Nessa perspectiva, a entrada

na casa por um profissional pode ser um fator desestabilizador de uma unidade fragilmente constituída, assim como a saída do domicílio pelo paciente, proposto em algumas intervenções da equipe.

A saída de casa foi algo difícil para Luiz e sua família, e aconteceu após grande investimento da equipe em convites para passeios e outras intervenções. Suas saídas para ir ao CAPS ou a outros serviços eram acompanhadas por algum profissional da equipe. Isso foi possível após mais de um ano de intervenção, pois sua mãe sempre dizia que ele havia ficado doente, justo nos dias combinados para as saídas. A saída de casa era vivida pela sua família de forma bastante ansiosa, sua mãe explicava que, na época em que ele fez um curso de computação, demorava horas para voltar e os vizinhos o viam parado na rua sem motivo, e que por isso ela ficava muito preocupada. Havia um sentimento contratransferencial de que algo grave iria acontecer. Após mais de um ano acompanhando-o na ida e na volta, foi proposto que ele voltasse sozinho do CAPS, o que foi vivido com muita ansiedade por Luiz e sua família. Luiz entendeu a proposta de voltar sozinho como uma perda, não como um ganho de autonomia. Se em sua casa todas as suas atividades eram acompanhadas pela sua mãe, que o acordava, dizia a hora em que ele deveria comer, dizia a hora em que ele deveria sair do banheiro, se ele deveria usar casaco para o frio, Luiz também exigia que suas atividades fora do domicílio fossem todas acompanhadas. Ainda que houvesse muita resistência, a equipe manteve o limite de que não mais acompanharia Luiz na volta do serviço. Eu tinha a sensação de que o acompanhamento seria encerrado, tamanho foi o impasse gerado. Por fim foi possível que Luiz voltasse sozinho, e assim ele também passou a ficar até mais tarde no CAPS, frequentando o espaço fora dos horários pré-estabelecidos.

Nessa intervenção, foi importante superar os sentimentos contratransferenciais de que algo muito grave pudesse acontecer, o que, a partir da compreensão do funcionamento familiar psicótico, foi entendido como estando relacionado à ansiedade da família frente à ameaça de desmembramento. A partir disso, foi possível sustentar a indicação de que Luiz poderia sair de casa e ainda voltar para casa sozinho, sem que isso significasse uma desintegração. É preciso enfatizar que essas propostas foram realizadas após muitas intervenções, sendo que sair de casa junto à equipe foi possível após cerca de um ano de acompanhamento. No próximo capítulo, serão discutidos de forma mais aprofundada as intervenções que possibilitaram superar as

dificuldades que se apresentaram. No momento, pretende-se explicitar uma compreensão acerca da transferência familiar que se estabeleceu nessa experiência de AD.

Muitas vezes fui a esse domicílio, mas ninguém atendeu. Por isso tentei agendar um horário para os atendimentos, o que não foi suficiente, pois ainda assim não era recebida. Mesmo quando encontrava a mãe, Gisela, em casa, os atendimentos não aconteciam. Eu me sentia colocada em um lugar muito desconfortável. Gisela solicitava minha presença a outros profissionais, mas, quando isso acontecia, ela nada dizia. Certa vez ela foi tomar banho durante o atendimento, sem nada dizer. E então coloquei “você está indo tomar banho?! Então volto outro dia”. Era como se minha presença fosse indiferente, embora houvesse um pedido por ela. Então decidi agendar atendimento com horário marcado no hospital que era a base do serviço. A tentativa era saber se, indo ao atendimento com as próprias pernas, Gisela e seu esposo Gilson de fato se fariam presentes. No hospital, os desencontros se mantiveram, eles faltavam, remaravam, vieram duas vezes e não mais. Acabei me sentindo “louca” por insistir em encontros que não aconteciam. A dinâmica dos atendimentos acabou repetindo algo que se passava nessa família. Na casa, não havia conversa desde o falecimento de um filho, de forma que cada um se mantinha em seu quarto o dia todo. Gilson trabalhava e quando estava em casa sentia um desconforto intenso, pois nem na hora de comer essa família se encontrava. Gisela dizia não querer mais viver em um mundo em que seu filho não estava mais. As tentativas de mudar a forma do atendimento, os horários e o local, para dar conta do desconforto dos desencontros, podem ser relacionadas a uma fala de Gilson, que disse já ter mudado de casa e de cidades muitas vezes quando tinha um problema. Quando mudou de cidade sentiu um desconforto intenso, foi muito difícil se adaptar. Por isso depois de cinco anos voltou à sua terra natal, mas percebeu que o desconforto não cessou. Então se mudou novamente: “Foi só depois que percebi que não adiantava mudar de casa, os problemas iam juntos”.

Segundo Eiguer (2000), é possível que se transfira os sentimentos de estranhamento para o ambiente. Isso explicaria a ideia de Gilson, de que se mudasse de casa ou de cidade, poderia livrar-se do seu desconforto. A forma como essa família se relacionava com a terapeuta, solicitando sua presença, mas ao mesmo tempo se fazendo ausente, como por exemplo indo tomar banho durante o atendimento, revela um desencaixe importante vivenciado por eles. Aqui os aspectos transferenciais são colocados em ações, mais do que em palavras. A terapeuta, sem ter claro ainda a sua contratransferência, age de maneira a alterar o enquadre dos atendimentos,

procurando mudar o horário e o local para dar conta do desconforto gerado no contato com essa família. Nesse atendimento, as palavras deram lugar às ações, sem que pudessem ser compreendidos os sentidos das sensações de estranhamento. Segue-se outra cena:

A família Araújo era numerosa e unida. Ao longo do acompanhamento, os locais do atendimento foram alternando-se conforme os movimentos da família. No momento inicial, as conversas eram realizadas na casa de baixo e os atendimentos eram realizados com aqueles considerados mais saudáveis na família. Esses contatos eram difíceis, havia muita ansiedade, e as informações eram colocadas de forma indiscriminada. Posteriormente, os atendimentos passaram a acontecer na casa de cima, onde foram apresentados à equipe os membros da família mais doentes e, aos poucos, foi sendo possível conhecer a história dessa família que antes se mostrava em partes. Em momentos de crise, a entrada na casa era proibida e os atendimentos eram realizados do lado de fora, como indicativos do movimento de abertura e fechamento da família.

*

Os atendimentos aconteciam do lado de fora da casa, com a justificativa de ter um cachorro muito bravo do lado de dentro. Eram marcados pela sensação de desconforto e incompreensão. Havia uma demonstração de irritação em Joice com minha fala bastante presente. Era difícil lembrar os conteúdos das conversas, sendo o desconforto de conversar em pé e ao sol, o que ficava mais em evidência. A fala de Joice era carregada de inúmeras queixas, reclamações e sintomas que não pareciam fazer sentido. Alguns meses depois Joice permitiu minha entrada na casa. Nesse momento, os atendimentos eram realizados em pé. Foram necessários mais atendimentos até que Joice oferecesse uma cadeira. Ao mesmo tempo em que permitiu a entrada em sua casa, Joice começou a relatar seus sonhos. A partir disso, um certo ritual passou a se repetir, Joice começava a falar dos problemas com os filhos, queixas diversas sobre sua vida, até que dizia “você está aqui para eu falar de mim né?!”, e então começava a contar seus sonhos e a partir deles sua história. Para mim, a cadeira trouxe mais conforto para os atendimentos, assim como o relato dos sonhos e da história de Joice trouxeram mais sentido para as conversas.

Diferente do que ocorre nos serviços de saúde, onde o local do atendimento é determinado pelos profissionais, no domicílio isso é determinado pelas famílias, o que pode ser

considerado revelador de aspectos transferenciais. Nas cenas relatadas, é possível perceber a maneira concreta com que aspectos da transferência se mostram. Em ambas, as mudanças no local dos atendimentos estão diretamente relacionados a uma abertura ou a um fechamento da família. Dessa forma, é possível dizer que a casa é utilizada como forma de mediação entre o dentro e o fora nessas famílias. Na primeira cena, os atendimentos na casa de baixo aconteciam de forma desorganizada, com sentimentos ansiosos intensos, muitas pessoas falando ao mesmo tempo, sem que fosse possível uma compreensão do sentido daquelas falas. Conforme a família foi permitindo a entrada na casa de cima, notou-se uma abertura maior, sendo possível entrar em contato com a história familiar, a partir da apresentação daqueles mais adoecidos. Na segunda cena, os atendimentos do lado de fora eram acompanhados pela sensação de desconforto por parte da terapeuta e por uma incompreensão da fala de Joice. Em ambas as cenas, a entrada na casa abriu possibilidades de um contato mais integrado com as famílias.

Enfatiza-se que, do ponto de vista da terapeuta, os sentimentos contratransferenciais negativos – desconforto, estranheza e falta de sentido – cediam lugar, conforme era possível entrar em contato com a história das pessoas acompanhadas. Em ambas as cenas, a estreita relação entre entrar na casa e a possibilidade de construir uma história da família remete à ideia de que a casa e as histórias podem representar um lugar que oferece contornos. Se a casa é um lugar de abrigo aos corpos, as histórias podem ser um abrigo às palavras e ao pensamento.

Em relação aos aspectos transferenciais nas cenas, destacam-se dois momentos. No primeiro, a forma como a família se apresentava era significada por meio da compreensão de um funcionamento vincular psicótico. Já em um segundo, foi possível formular uma compreensão desses aspectos transferenciais iniciais a partir de uma historicização. Em outras palavras, a partir das intervenções foi possível construir em conjunto novos significados da transferência inicial estabelecida, que se relacionava com a história de cada sujeito. Esse será o tema do próximo item.

3.4 Sentidos da transferência: histórias construídas

Se o enquadre da modalidade de intervenção na AD determina os seus objetivos – atendimentos no domicílio para facilitar a inserção dos pacientes na rede de saúde –, a forma

com que cada paciente, inserido em uma determinada família, vivenciou essa proposta se deu de forma particular. Relaciona-se com um modo de funcionamento vincular, como se procurou elucidar no tópico anterior, e também diz respeito a um significado singular que está ligado à história de cada sujeito, construída a partir do vínculo terapêutico. A seguir, duas histórias extraídas do acompanhamento, as quais contêm o relato do caminho percorrido ao longo do processo que possibilitou uma ressignificação dos aspectos transferenciais iniciais, a partir do vínculo terapêutico que foi constituído.

3.4.1 História 1: A ponte

O acompanhamento de Marcos teve início a partir da solicitação de sua mãe, Joice, pelo atendimento domiciliar. Dizia que seu filho, então com 17 anos, não saía de casa, não queria ir ao CAPS e nem à escola. Ele tinha ido algumas vezes à escola especial, depois de ter sido disponibilizado a ele um meio de transporte. A terapeuta perguntou à Joice como se sentia quando Marcos saía de casa e, para sua surpresa, ela respondeu “me sinto muito mal”, relatando a sensação de vazio. A partir dessa fala, ficou claro que, para que Marcos pudesse sair de casa, Joice precisaria suportar essas saídas.

No início, os atendimentos eram realizados do lado de fora da casa, com a justificativa de que havia um cachorro bravo do lado de dentro. E eram marcados pela sensação de desconforto, gerado por conversar em pé e ao sol, e pela incompreensão por parte da terapeuta, sendo difícil lembrar os conteúdos da fala de Joice. Nessas conversas ela relatava a presença de intensos sintomas ansiosos, como por exemplo, o medo de morrer ao dormir, que a fazia segurar ao máximo o seu sono. Gostava de realizar todos os cuidados ao filho, como dar banho, escovar os dentes e até auxiliá-lo em sua higiene após sua atividade masturbatória.

Após meses de acompanhamento, Joice permitiu a entrada da terapeuta na casa. E, assim, começou a relatar seus sonhos. Em seus conteúdos, estavam presentes as casas em que já havia morado. Eram relatadas muitas fugas de uma casa para outra e, a partir desses sonhos, foi possível que Joice contasse a sua história. À cada mudança de casa, sua vida foi piorando. A primeira delas aconteceu aos 15 anos, ao sair da casa de sua mãe, já grávida. Em suas palavras “fugiu” da casa materna, sentia-se presa pelas rígidas regras impostas pela mãe. Depois disso, nunca mais voltou a vê-la, por não se sentir autorizada, já que havia se casado

sem o seu consentimento. Assim, no momento em que saiu da sua casa de origem, não pôde mais voltar. Após o nascimento de seu primeiro filho, cresceu um forte desejo de esquecer a família que construiu para voltar a morar com a mãe, já que a vida junto ao marido não era fácil, sentia-se novamente presa às obrigações, agora não mais impostas pela sua mãe, mas pela própria maternidade. Mas, após o falecimento do esposo, sua vida teve nova quebra e perdas, já que, pela falta da renda do marido, se fez necessária uma nova mudança de casa, para um lugar que não lhe agradava, e ainda sentia-se sozinha nas responsabilidades com os filhos. Assim, ao longo de sua história, as mudanças de residência se deram de forma traumática. Segue um relato do atendimento em que Joice contou um sonho:

“Estava passando por uma ponte, atravessando para o outro lado. Havia muitas pessoas fazendo a mesma travessia e estava acompanhada da filha, Alessandra. Ela sentia que precisava fazer tal travessia, sem saber se era porque a cidade onde morava iria acabar, ou algo próximo disso. Mas sabia que não poderia mais ficar onde estava e todos faziam a travessia pelo mesmo motivo. Sentia muito medo, mas sabia que não restava outra opção, teria que seguir em frente. Perguntei sobre a ponte. Ela contou a história de quando tinha levado sua filha Alessandra, que era pequena, ao hospital por problemas pulmonares. Relatou que tinha ficado com medo de se perder, pegou o ônibus errado e teve que andar por um trecho longo até chegar ao local certo. No caminho tinha uma pequena ponte para atravessar um riacho. Contou sobre o medo que teve de atravessá-la e o medo que sempre teve de pontes. Disse que antigamente tinha de forma recorrente um sonho em que se atirava do precipício, “não tinha ponte”, reforçou. Ela, apesar do medo, disse que diante do precipício se jogava sem pensar. Durante a queda sentia muito medo, mas repentinamente parava em algum lugar e não morria. Mas aí continuava caindo até parar em algum lugar, e isso acontecia sucessivamente.”

No sonho aparece um tema caro à Joice, os caminhos sem volta. Se antes havia uma queda livre no precipício, agora havia uma ponte. Ambas as imagens remetem à descontinuidade entre territórios, mas, se o precipício é um caminho sem volta, a ponte permite o “ir e vir”. No entanto, ainda que houvesse uma ponte, para Joice os caminhos têm apenas uma direção, e a partir do sonho ela expressou o seu sofrimento em relação aos caminhos sem volta: “Ela sentia que precisava fazer tal travessia, sem saber se era porque a cidade onde morava iria acabar”. Se em sua história Joice não pôde voltar para sua casa materna, considera-se que esse evento traumático passou a se repetir de outras formas. Evitava ao

máximo o momento de ir dormir, pois tinha medo, quase uma certeza, de que não conseguiria acordar. Quando Joice tentou realizar acompanhamento psicológico na UBS, embora tenha sido dela a iniciativa de ir aos primeiros encontros, trouxe essa experiência como algo difícil de sustentar, dizia que não conseguia falar do passado. E assim não pôde voltar ao passado e nem às sessões. Da mesma forma como Marcos não podia “ir e vir” para a escola ou outros espaços.

Ao longo do acompanhamento, algumas mudanças foram observadas. Certo dia, Joice disse espontaneamente que se cessaram as agressões físicas direcionadas a Marcos. Apesar de justificar suas agressões como forma de colocar limite no filho, havia uma raiva que era extravasada no ato de bater. Isso foi verbalizado por ela ao longo dos atendimentos. Além disso, contou que se espantou por ter sonhado pela primeira vez com Marcos em seu tamanho atual. Antes ele aparecia sempre como uma criança pequena.

Outras mudanças puderam ser vistas pelas paredes da casa. No quarto que era dividido pela família, ficavam uma série de colagens com figuras de revistas. Eram preenchidas com fotografias de tons mais escuros e em uma delas se destacava a frase “matar ou morrer” em vermelho. Ao longo do tempo, essas imagens foram substituídas por outras mais claras, com fotografias de modelos, e próximo de onde ficava a frase “matar ou morrer” foi colocada a palavra “primavera” escrita em várias cores.

Os atendimentos foram encerrados após dois anos, quando Marcos e Joice já recebiam visitas domiciliares do CAPS, ainda que Marcos não fosse ao serviço. Após o fim das visitas, a terapeuta passou a receber ligações esporádicas de Joice, para solicitar auxílio. Seu problema era que Marcos queria ir sempre ao CAPS, mesmo que não tivesse hora marcada.

A partir do relato acima, a dificuldade de Joice e Marcos em sair de casa, sintoma que justificou o início dos atendimentos domiciliares, ganhou novos sentidos. Sem segurança sobre sua possibilidade de volta, Joice agarrava-se às paredes de casa. Se o “ir” foi uma experiência traumática na história de Joice, tendo sido significado como um caminho sem volta, o “ir e vir” proporcionado pelo atendimento domiciliar mostrou-se importante no sentido de uma ressignificação dessa experiência. A partir disso, Joice pôde visitar seus sonhos e sua história, e assim outras mudanças puderam ser observadas. Depois de muitas idas e vindas, essa descontinuidade do acompanhamento foi ressignificada de uma forma positiva, não como um

rompimento, mas como um espaço que produziu movimento. No próximo capítulo, serão discutidas as intervenções de forma mais detalhada.

3.4.2 História 2: O pássaro

Após um ano de acompanhamento, os atendimentos ainda não faziam sentido. Luiz se mostrava disponível ao contato, mas pouco era dito e era intensa a sensação de desconforto da terapeuta, que não sabia ao certo o que havia para fazer ali. Por isso, as visitas não eram realizadas semanalmente, e sim a cada quinze dias. Certo dia em que a mãe dele, Odete, não estava, propus a Luiz que desenhasse. Nesse momento, foi possível se aproximar de suas dificuldades. Ele ficava cerca de 20 a 30 minutos para iniciar o desenho. Pegava o lápis, devolvia na caixa, depois o pegava novamente e assim ia. Fazia desenhos coloridos de casas com janelas abertas, de árvores cheias de frutos, sol com rosto humano sempre sorrindo, que foram interpretados como uma abertura para o contato. Para encerrar a atividade, era preciso cerca de 30 minutos tentando fazê-lo parar, a partir de solicitações verbais. Luiz se mantinha pintando sem parar, tentando preencher todos os espaços em branco. Quando não era mais possível esperar e o atendimento era encerrado, Luiz começava a tremer e falar cochichando algumas palavras.

O recurso gráfico foi utilizado durante alguns meses. Em decorrência disso, Luiz passou a perguntar, muito desconfiado, sobre os motivos das mudanças de horário que por vezes ocorriam. A terapeuta explicava que as visitas respeitavam a agenda de uma equipe toda, não sendo possível chegar sempre no mesmo horário. Foram meses em que isso se repetia, toda mudança de horário precisava ser justificada de forma detalhada. Isso melhorou ao longo do acompanhamento, sendo explicitado quando, após um esquecimento de um horário marcado, pela terapeuta, Luiz se mostrou tranquilo e disse “eu sabia que você voltaria, só devia ter esquecido mesmo”.

Um desenho que se destacou foi quando pela primeira vez Luiz usou o lápis de cor preta. Desenhou um rato com olhos e bocas bem abertos, com um garfo na mão, apontados para um queijo em cima de uma mesa. A terapeuta logo pergunta “é um homem rato?”, mas Luiz respondeu que era apenas um rato. A partir disso, foi possível conversar sobre os recursos

financeiros de Luiz e sua família, que muitas vezes não era suficiente sequer para comprar comida.

O último desenho que Luiz fez foi o de um pássaro em uma árvore cheia de frutos, com nuvens no céu e o sol aparecendo. Esse desenho ganhou novos sentidos ao longo do trabalho.

Depois ele passou a recusar os convites para desenhar, mas aceitou enfim as propostas da equipe para sair de casa. Apesar da dificuldade inicial, Luiz parecia gostar dessas saídas. No trajeto, quando era acompanhado, Luiz passou a repetir uma brincadeira. Ele que era o guia da dupla e ria bastante ao perceber que a terapeuta não sabia o caminho. Em todas as saídas, Luiz em determinado momento se afastava um pouco e conferia que, ao invés de virar, como se deveria, a terapeuta continuava indo reto.

Certo dia, no caminho para a SPTrans, Luiz, que raramente falava algo espontaneamente, contou uma história. Disse que outro dia um pássaro filhote estava em seu terreno e os gatos estavam brincando com ele e o machucaram. Pegou-o nas mãos e para sua surpresa estava vivo, e assim concluiu que ele devia estar se fingindo de morto para se proteger. Então Luiz tentou dar água ao pássaro, mas ele muito desconfiado não aceitou. Depois de insistir, o pássaro tomou muita água, demonstrando estar com sede. Contou isso sorrindo. Foi questionado sobre os motivos para o pássaro estar tão desconfiado. Luiz responde que ele já devia ter passado por coisas muito difíceis, e por isso ficava desconfiado com o que poderiam lhe fazer. “Foi só depois que ele percebeu que eu queria ajudar”, disse Luiz. Continuou contando que depois o colocou em uma gaiola para sua proteção, mas percebeu que não era um bom local, pois o pássaro enfiou a cabeça para fora da gaiola, correndo o risco de se machucar. Isso foi interpretado como uma vontade do pássaro de ter liberdade. Então, pensou em um terreno seguro para lhe devolver a liberdade. Era um terreno da prefeitura abandonado, atrás de uma escola. Tinha árvores e outros pássaros, e lá ele poderia ficar seguro, pensou. Enquanto ele contou a história, a terapeuta fazia perguntas para entender a sequência dos eventos. Ele repetiu algumas vezes o momento em que soltou o pássaro no terreno, e que o pássaro ficou muito feliz, olhando para trás e agradecendo. E contava essa cena de novo: “estava agradecendo”. Foi dito que era uma história bonita, já que Luiz tinha oferecido cuidados ao pássaro, procurando um ambiente bom para ele ficar, e questionou-se se ele não tinha aspectos comuns com esse pássaro. Ele estranhou essa fala, mas foi apontado que no início dos atendimentos ele também era muito desconfiado, o que poderia estar relacionado

com sua história. E que, ao longo dos atendimentos, ele pôde confiar na equipe e permitiu ser cuidado. “Hoje, por exemplo, você está indo pegar seu bilhete único, que te dá mais liberdade para poder ‘voar’, circular”, disse a terapeuta a Luiz que riu e respondeu “é”.

Para o encerramento do acompanhamento, foi proposto que escrevessem juntos a história dos atendimentos, para que ficasse algum registro mais concreto. Essa proposta foi recusada por Luiz. Então a sugestão foi que ele desenhasse a história do pássaro que tinha contado, o que ele prontamente aceitou. Luiz sem dificuldade alguma começou a desenhar a sequência dos eventos, de uma maneira muito diferente de seus desenhos iniciais. A primeira cena tinha um gato ameaçador e um pássaro. A segunda era o pássaro na gaiola. A terceira cena mostrava um lugar em que Luiz tentou colocar o pássaro, que era filhote e não sabia voar, e que por isso acabou caindo. “Tinha a asa curta”, ele explicou. A quarta cena era o local onde o pássaro caiu, embaixo de um carro. Na quinta cena, Luiz aparecia segurando o pássaro e dando água para ele na pia. A sexta e sétima cenas são idênticas às terceira e quarta, demonstrando uma nova tentativa de deixar o pássaro no mesmo local, e acontecendo uma nova queda embaixo do carro. A última cena era o quintal de uma escola desativada, onde Luiz deixou o pássaro. Nessa cena, apareciam ele e o pássaro em um ambiente com árvores repletas de frutos, os dois com os braços abertos, em uma posição muito parecida. Esse local foi considerado por Luiz seguro até que o pássaro pudesse aprender a voar. Esse último desenho era muito parecido com o último que havia feito antes de passar a se recusar a desenhar nos atendimentos. A diferença era que agora ele havia também se representado no desenho.

O acompanhamento de Luiz pode ser dividido em duas partes. A primeira, que se caracterizou pela dificuldade de contato, pelos silêncios e pela falta de sentido, sofrendo uma mudança importante a partir do uso de recursos gráficos. Luiz, que sempre se esforçou para esconder suas dificuldades, pôde mostrá-las à terapeuta, aceitando a atividade proposta. Já o segundo momento teve início com a saída de casa, quando outras mudanças foram possíveis, como o acesso aos benefícios sociais e a ampliação, a partir da ida ao CAPS, de suas possibilidades de se relacionar, antes restritas à sua esfera familiar. Além disso, observou-se uma posição ativa de Luiz em conseguir aquilo que queria, ainda que com o auxílio da equipe. Outra mudança, considerada uma piora aos olhos de sua família, foi que Luiz ficou mais rebelde, mais questionador.

É possível dizer que a história do pássaro relatada por Luiz é uma metáfora dos atendimentos. No início, esse pássaro, ferido pelas “brincadeiras” de animais de outra espécie, estava fingindo-se de morto para se proteger. Esse pássaro que “já tinha sofrido muito” em meio aos gatos pode apontar para uma sensação de Luiz de “ser um estranho no ninho”, já que, no lugar de bode expiatório da família, era rechaçado por todos. O pássaro que se fingia de morto para se proteger dá sentido às dificuldades dos primeiros encontros com Luiz, por cerca de um ano, em que quase nada era dito, em que o desconforto da terapeuta era intenso e os encontros eram tomados pela falta de sentido.

A partir do estabelecimento de um vínculo de confiança, Luiz mostrou-se vivo. Nesse sentido, o início dos desenhos foi crucial, representando o momento em que Luiz saiu da paralisia por meio de uma atividade. Isso foi acompanhado de uma extrema ansiedade e desorganização de Luiz, que foi vivida repetidas vezes na relação transferencial. Se no desenho do rato Luiz pôde expressar sua fome, no desenho do pássaro – o último desenho antes que ele passasse a aceitar as propostas da equipe para saídas –, é possível inferir que ele tenha lembrado/sonhado com um ambiente bom e, a partir disso, passou a buscar um lugar. Na história, o pássaro estava com sede, mas também buscava um lugar. Assim, a partir da história do pássaro, entende-se que a demanda inicial da equipe “saia de casa” se concretizou

As saídas trouxeram outras novidades. A brincadeira com a terapeuta, em que Luiz a deixava errar o caminho para depois rir, é bastante diferente da sensação anterior, nos atendimentos, de falta de sentido e desconforto. O sentimento de confiança na relação se fortaleceu “eu sabia que você voltaria, só devia ter esquecido mesmo”, diferente da intensa desconfiança inicial. A terapeuta passou a sentir mais vontade de voltar aos atendimentos. Mais ainda, Luiz experimentou outras posições: se no domicílio se fingia de morto e esperava sua mãe falar a hora que deveria acordar, dormir, comer, ir ao banheiro, nos atendimentos ele pôde querer, buscar, brincar, desenhar, contar histórias, saber, e agradecer pela presença do outro. A metáfora do pássaro também mostra as duas posições de Luiz: o pássaro que precisava de cuidado e ele mesmo como agente desse cuidado.

Em ambas as histórias relatadas, os acompanhamentos podem ser divididos em dois momentos. Um primeiro, de uma transferência mais concreta que não pôde ser significada, o que trazia intenso desconforto e sensação de falta de sentido na terapeuta. E um segundo momento, em que os aspectos da transferência inicial puderam ser simbolizados.

Essas duas histórias mostram que a transferência que se estabeleceu relaciona-se ao que foi ofertado a partir do enquadre do programa de AD. Para Joice, os objetivos do acompanhamento domiciliar suscitaram suas experiências anteriores em relação ao “sair de casa”, que, desde que deixou a casa materna, passou a significar um caminho sem volta. A partir disso, essa questão pôde ser abordada e ressignificada. Para Luiz, por “já ter sofrido muito”, o início dos atendimentos suscitou defesas de cunho paranoico. Infere-se que as saídas foram possíveis quando Luiz constituiu, junto à terapeuta, um novo sentido para a proposta, que se relacionava a um desejo seu de buscar um lugar bom, para que – o pássaro de asas curtas – pudesse se desenvolver.

CAPÍTULO 4 - INTERVENÇÕES NO DOMICÍLIO: AS INTER-INVENCÕES

Eu já tinha entrado em contato com Josefa há cerca de dois anos atrás. Nesse primeiro momento, houve poucas chances de falar com ela, pois Josefa recusava qualquer tentativa de contato, não queria ninguém na sua casa. Não havíamos recebido notícias dela até o atendimento domiciliar ser solicitado novamente, após uma internação psiquiátrica. E nesse momento Josefa estava confusa, um pouco mais aberta do que antes, mas ainda assim estava muito desconfiada em relação a mim, achava que eu poderia mudar as suas medicações ou obrigar ela a tomá-las. Ela ficava muito brava quando alguém tentava realizar qualquer orientação quanto às muitas medicações que tomava. Em uma das visitas iniciais Josefa dizia várias coisas ao mesmo tempo, pulando de um assunto a outro. “Vou voltar a trabalhar, quero abrir um salão, quero vender boticário, quero comer (e gritava ao filho: ‘traz meu pão’, sem ser ouvida), eu preciso cuidar da minha filha, não quero mais tomar remédio, porque você está aqui, preciso limpar meu nome, não sei onde está meu filho, quero me separar”. E assim seguia. Eu tentava entender ao menos algum de seus desejos que pareciam estar longe de serem realizados, e perguntava “me fala da sua filha” ou “por que cabelereiro”, perguntas que não tinham qualquer efeito, pois ela continuava falando sem parar. Até que, cansada de perseguir o que era inalcançável naquele momento e após ouvir algumas vezes que Josefa estava com fome, eu disse “vamos comer?”. Para minha surpresa ela aceitou, parou de chorar e de falar, e então fomos para a cozinha comer um pão. Nesse momento nossa relação sofreu uma transformação e um vínculo de confiança se estabeleceu. De uma forma bastante surpreendente Josefa passou a cuidar da própria aparência e a aceitar minhas propostas para sair de casa.

A cena descrita mostra a forma singular como o vínculo terapêutico foi estabelecido. E conseguir realizar ao menos um anseio, em meio a tantos inalcançáveis, parece ter feito um efeito terapêutico importante para Josefa, uma ação “concreta” que deu contorno a uma fala que se espalhava sem fim. Também a surpresa da terapeuta aponta para uma dimensão de imprevisibilidade das intervenções, que se relaciona com o vínculo que foi estabelecido.

No presente capítulo, serão discutidas algumas compreensões acerca das intervenções na experiência de AD com famílias de funcionamento psicótico. Elas serão aqui chamadas de inter-invenções com o intuito de enfatizar a noção de que é algo que ocorre no entre da relação terapêutica e que constitui-se a partir de algo novo. Se há inúmeras possibilidades quanto a onde

e quem atender, o presente capítulo é uma tentativa de organizar os sentidos das intervenções no domicílio dessas famílias.

A partir da compreensão do funcionamento psíquico das famílias com vínculos psicóticos – em que estão bastante presentes uma fragilidade de diferenciação entre os membros da família, entre o dentro e o fora e um temor pela perda de limites –, observa-se que algo comum às intervenções foi que elas seguiram no sentido de favorecer a construção de contornos simbólicos, alternativas às paredes da casa. Em cada caso o caminho para isso se deu de forma diferente, pois dependeu do vínculo terapêutico estabelecido.

Se na AD busca-se novas formas de cuidar (MS, 2012), no presente capítulo será dada ênfase ao estabelecimento do vínculo terapêutico para que haja mudança nas formas de atuação dos profissionais. As intervenções nessa experiência de atendimentos domiciliares foram compreendidas por meio da noção de vínculo de Berenstein, que diz que ela “implica em uma complexa operação de tornar-se outro” (2011, p. 109). Dessa forma, a direção do tratamento, nessa experiência, se deu em parte pelo entendimento do modo de funcionamento familiar, mas também por algo que é criado no vínculo terapêutico.

4.1 Do entra-e-sai ao ir-e-vir: funções intermediárias

Os sujeitos acompanhados pela AD, na modalidade de saúde mental, apresentavam uma dificuldade de vinculação com os serviços de saúde e também uma dificuldade de circulação, ficando muitas vezes restritos ao domicílio ou às enfermarias hospitalares em momentos de crise. O acompanhamento domiciliar pretendia diminuir o tempo de internação, ou se possível evitá-la, além de facilitar a inserção desses sujeitos nos serviços de saúde. Dessa forma, a AD tinha a função de ponte ou de ligação entre espaços descontínuos: hospital-casa, casa-serviços de saúde.

Essa função implica não apenas em intervenções junto aos pacientes, foco deste tópico, mas também em nós mesmos e nos profissionais dos serviços aos quais eram feitos os encaminhamentos. Isso porque muitas vezes a relação terapêutica reproduzia formas de relação manicomiais, como nas cenas relatadas no início desta dissertação, em que o poder sobre o tratamento é colocado nas mãos dos profissionais. É preciso tornar-se outro, mudando nossas

formas de ser e fazer (Berenstein, 2011), noção que será mais extensamente abordada no próximo tópico. Aqui, a função de ponte entre diferentes espaços será compreendida a partir do conceito de intermediário (Kaës, 2005).

Segundo Kaës (2005), as patologias dos vínculos intersubjetivos são patologias dos processos intermediários, que remetem a dificuldades em relação à constituição dos limites internos e externos do aparelho psíquico. A função intermediária diz respeito a uma necessidade ou possibilidade de estabelecer ou reestabelecer uma continuidade entre elementos que estão separados, como o dentro e o fora, ou o eu e o outro. Metaforicamente serve ao aparelho psíquico, tal como a pele oferece unidade ao corpo, colocando limite entre o interno e o externo, mas também os interligando. Nesse sentido a separação entre os diferentes espaços psíquicos é crucial nas relações vinculares, sendo essa a questão principal quando se trata de vínculos psicóticos. O ego teria uma função intermediária, instância de regulação, de adaptação e de defesa. A linguagem, o sonho e o sintoma também podem ser considerados como tendo funções intermediárias.

Kaës situa em Freud a categoria intermediária ligada à noção de para-excitação, função vital ao aparelho psíquico, sendo o trauma um efeito da falha dessa função. Essa noção também é utilizada para pensar a ligação entre espaços descontínuos:

entre o dentro e o fora, entre o consciente e o inconsciente, entre os pensamentos latentes do sonho e os pensamentos do sonho manifesto, entre as exigências do ego, do superego e do id, entre estas e a realidade externa, entre indivíduo e grupo. Em todos os casos que figura, as formações e os processos intermediários realizam funções específicas de ligação, de mediação, e de transformação. (Kaës, 2005, p. 155)

Para compreender os princípios de mediação e transformações recíprocos no indivíduo e no grupo, Kaës (2005) pretende alargar as noções de objeto e de espaço transicional desenvolvidas por Winnicott a partir das intervenções junto às crianças, para utilizá-las com os adultos. Nas crianças, o objeto transicional permitiria criar uma continuidade em um momento em que elas enfrentam a separação de seus cuidadores. Já a transicionalidade diz respeito a uma forma de funcionamento do aparelho psíquico no contato intersubjetivo, em sua relação com seus limites internos e externos. O autor pretende com esses conceitos compreender os efeitos das experiências de ruptura desses limites e seu método de tratamento: "Um método de tratamento (ou de sua superação) das crises intrapsíquicas e intersubjetivas consecutivas a essas

rupturas pelo reestabelecimento das continuidades psíquicas, o trabalho de simbolização e da criação de novos processos de crescimento” (p. 28).

Dessa forma, a noção de intermediário será utilizada para compreender as intervenções em famílias que apresentam falhas importantes nas funções de mediação e com isso, as paredes da casa ou do hospital acabam sendo utilizadas para estabelecer a barreira entre o dentro e o fora. Se as paredes podem ajudar a separar o dentro e o fora, elas dificultam o entre, sendo possível observar o isolamento desses sujeitos. A partir disso, as intervenções pretendem criar no entre da relação terapêutica outras formas de proteção, de continência, além de buscarem a retomada dos processos elaborativos. Nesse sentido, Mannoni (1987) coloca a respeito da fala do psicótico:

Ao privilegiar o ‘falar sozinho’ do paciente o analista corre o risco de permanecer surdo àquilo que tenta fazer-se escutar e reconhecer numa palavra singular; a ‘linguagem normal’ funciona então como um muro. É certo que a palavra, à falta de um lugar para ser recebida, pode ser sentida pelo sujeito como uma intrusão persecutória. Em lugar de contribuir para o intercâmbio, ela estabelece então uma ruptura e se transforma em agente de separação. O que importa ao analista não é o que se passa ‘na’ cabeça de seu paciente, mas o que surge ‘entre’ ele e o paciente. É o ordenamento de um espaço (para a fantasia) que autoriza a passagem da palavra de um lugar para outro. (p. 16)

Dessa forma, compreende-se que a linguagem normal pode colocar-se como um “muro” na relação terapêutica, caso não se criem outras possibilidades de expressão. Assim, destacam-se, para a discussão nos próximos tópicos, alguns recursos que podem favorecer o “entre” terapêutico: como o entrar e sair da casa, compreendido aqui como um jogo de ausência e presença a partir do jogo do carretel (Freud, 1920/1996); bem como o uso de recursos gráficos e a criação de histórias, que facilitam os processos intermediários.

4.1.1 O entra e sai: jogos de presença e ausência

Se essas barreiras entre o dentro e o fora estão fragilmente constituídas nessas famílias, o entra e sai observado nos atendimentos ganha interpretações possíveis. O atendimento domiciliar implica na entrada de profissionais na casa e em saídas de pelo menos um dos membros da família, o que significa uma inversão daquilo que as paredes da casa ajudam fragilmente a manter. Como já foi abordado no capítulo anterior, isso pode ser desestabilizador.

Ao mesmo tempo, isso pode ter uma função intermediária, a partir da noção do jogo do carretel, ou fort-dá.

Em sua observação dos jogos infantis, Freud (1920/1996) formula algumas interpretações sobre a constituição psíquica a partir da vivência nesses jogos. No convívio com uma criança de um ano e meio, Freud descreve uma brincadeira repetida pelo garoto: ele jogava seus brinquedos longe de forma que achá-los era difícil. Ao mesmo tempo, emitia o som “ó-ó-ó-ó”, que os adultos entenderam como a pronúncia da palavra alemã “fort”, traduzido como “ir embora”. Outra brincadeira, observada na ausência da mãe do garoto, era jogar para fora da cama um carretel de madeira, que assim ficava escondido por entre as cortinas, e depois puxá-lo de volta pelo cordão. Quando isso acontecia o garoto emitia o som alegre “da”, que traduzido significa “ali”. Freud chama essa brincadeira de “desaparecimento e retorno”, e interpretou-a como uma maneira da criança renunciar a satisfação pulsional que a presença da mãe representaria. No jogo, a criança saíria do papel passivo pelo qual vive a experiência para um papel ativo, reencenando-a no jogo: “É claro que em suas brincadeiras as crianças repetem tudo o que lhes causou uma grande impressão na vida real, e assim procedendo, ab-reagem a intensidade da impressão, tornando-se, por assim dizer, senhoras da situação” (Freud, 1920/1996, p. 27).

Assim, entende-se que, como uma forma de lidar com a ausência das figuras de cuidado, a criança observada por Freud criou um jogo que simbolizava o desaparecimento e reaparecimento de seus pais. Isso pode ser encontrado em outras brincadeiras conhecidas, como aquela em que os adultos se escondem de uma criança de tenra idade e depois falam a ela “achou!”, provocando risos. Ou a conhecida como “esconde-esconde”, na qual as crianças se escondem e o objetivo é serem encontradas. Assim, aos olhos de um psicanalista, os jogos de presença e ausência são importantes para a constituição psíquica, favorecendo os processos de simbolização e a possibilidade de sustentar a separação frente às figuras de cuidado.

A partir da compreensão desses jogos, voltamos à experiência dos atendimentos domiciliares, que possibilitam pela sua especificidade um entra e sai do terapeuta que favorece os processos intermediários. A respeito da história apresentada no item 3.4, nomeada como “A ponte”, é possível colocar que a ausência e presença da terapeuta foi a intervenção principal nos momentos iniciais. Os atendimentos eram realizados do lado de fora da casa, e os sentidos da fala de Joice nesse momento eram incompreensíveis à terapeuta. Era possível saber que ela não

queria que o filho Marcos saísse de casa e que a entrada na casa pelos profissionais não era autorizada. Depois de muitas idas e vindas, Joice permitiu a entrada em sua casa e a partir disso passou a relatar seus sonhos, momento em que foi possível acessar a sua história. Um elemento crucial, que foi expresso por Joice a partir de seus sonhos, foi a saída da casa materna, que fez com que ela nunca mais se sentisse autorizada a voltar, já que seguiu contra a vontade de sua mãe. A cada mudança sua vida piorava, de forma que sair de casa, para Joice, teve como significado um caminho sem volta. E, assim, como não podia retornar à sua casa materna, Joice também não podia revisitar sua história. Como decorrência, é possível pensar que, mais do que as intervenções pela fala, o ir e vir da terapeuta favoreceu que pudessem ter início processos de simbolização, como o sonho, ligando o dentro e o fora, a terapeuta e Joice, fazendo surgir algo na dimensão do intersubjetivo.

Outro aspecto que pode ser destacado é que a ida de Marcos ao CAPS se deu após o encerramento do acompanhamento domiciliar. É possível, a partir desse dado, questionar se a ausência da terapeuta e da equipe de saúde teve uma função importante. Se por um lado fazer-se presente, para o estabelecimento de um vínculo terapêutico, foi importante nesse caso, por outro, questiona-se sobre a relevância de fazer-se ausente também. Depois de muitas idas e vindas, essa descontinuidade do acompanhamento pôde ser significada de uma forma positiva, não como um rompimento, mas como um espaço que produziu movimento. É preciso enfatizar também a importância da presença da equipe do CAPS no domicílio e nas intervenções para facilitar a ida de Marcos ao serviço. Nesse sentido, o trabalho em rede é essencial em casos de maior gravidade. Embora os atendimentos já tivessem sido encerrados, Joice pôde ligar para a terapeuta e contar que seu problema era que Marcos pedia para ir todos os dias ao CAPS, o que a terapeuta compreendeu como uma dificuldade dela de sustentar o novo ir e vir de Marcos.

Em outros casos acompanhados também foi observado que a fala da terapeuta não era a intervenção principal. Compreende-se a concretude da presença e da ausência, e do entra e sai da casa como algo que nessas famílias possui efeitos de favorecer processos intermediários. Na família Araújo, as intervenções eram bastante concretas:

Assim que eu entrava no domicílio, todos começavam a falar ao mesmo tempo, e com isso João não aparecia. Só foi possível entrar em contato com ele após meses de atendimento, quando suas questões apareceram na narrativa familiar. Da primeira vez que o vi, João parecia um “homem das cavernas”, tinha a aparência suja, um odor forte, o rosto inchado de quem

acabou de acordar, os cabelos, a barba e as unhas compridas, parecendo que não eram cortados há bastante tempo. João estava cego em decorrência de uma diabetes não tratada, e desde então passava seus dias em sua cama fumando. Não realizava nenhuma atividade e não saía da cama nem para se alimentar. A partir desse primeiro contato, tentei estabelecer atendimentos semanais apenas com ele, mesmo que dentro do domicílio. O grau de indiferenciação nos atendimentos era tamanho que certo dia Mara, irmã de João, que tinha o diagnóstico de esquizofrenia e já havia tido inúmeras tentativas de suicídio, disse para mim que iria se jogar do viaduto, pois não suportava mais o carro preto que a perseguia. No entanto, essa fala aconteceu em um atendimento conturbado, em que muitas informações estavam sendo ditas pelos outros familiares, e eu simplesmente não consegui ouvi-la. Só me recordei da fala de Mara depois que soube da sua internação. Durante o atendimento e mesmo em um momento posterior, essa informação não teve lugar. É como se eu tivesse experimentado a impossibilidade de pensar o que era constantemente vivenciado pela família, frente ao tamanho grau de indiferenciação.

Dessa forma, criar esse espaço individual foi uma conquista lenta e difícil. Do mesmo modo que as paredes da casa eram usadas pela família para mediar a entrada da equipe no domicílio, usei as paredes da sala para possibilitar que o “cada um” aparecesse nos atendimentos. Assim que foi possível conversar na sala apenas com João, uma cena passou a se repetir. Sua mãe aparecia na porta e se mantinha lá um tempo, sem nada dizer. Com o passar das sessões, sua presença se fazia colocando apenas a bengala na frente da porta, uma cena que eu considerava cômica. Isso não acontecia nos atendimentos em que mais de um familiar estava presente. Era como se Linea quisesse mostrar que estava cuidando de seu filho, de olho em mim, diante do perigo que representava essa individuação. A partir da delimitação de um espaço para João naquele domicílio, ele passou a se colocar, e quando sua irmã tentava invadir seu atendimento ele dizia: “Não Mara, agora sou eu quem está falando!”, algo que causou uma enorme surpresa. Certo dia, fiquei mais aflita com a situação de João, que apresentava um odor muito forte e estava sempre nas mesmas condições. Eu sabia que seria difícil abordar junto à família a necessidade de auxílio a João, já que eles se mostravam muito sensíveis a apontamentos externos. Sem saber o que fazer, sugeri que descêssemos a escada para tomar um pouco de sol. Nesse momento, sua irmã apareceu, olhou para João e disse: “nossa João, como você está sujo, essa barba mal cortada e essas unhas compridas. Precisamos dar um jeito

nisso!”. De forma bastante concreta, o “homem das cavernas” foi colocado à luz e a partir disso foi possível receber algum cuidado.

De acordo com a descrição acima, nota-se que as intervenções não verbais, como o uso das paredes para delimitar espaços ou até mesmo a mudança de cômodo, têm efeitos onde a fala parece não ter lugar. A indiferenciação nessa família era tamanha que não foi possível ouvir um desejo suicida de Mara. A terapeuta relata a observação de que algumas intervenções verbais, que chamou de “apontamentos externos”, não eram bem recebidas nessa família. Aflita e sem saber o que fazer, optou por tirar João da “caverna”, levando-o ao sol, uma ação concreta que teve efeitos.

Aqui cabe uma consideração acerca do funcionamento dessa família, em que não havia uma pessoa que ficasse no lugar de paciente identificado ou de doente:

Mara tinha o diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide, tinha sido internada diversas vezes, e também teve algumas tentativas de suicídio. Patrícia tinha problemas com sua filha adotiva, Rita tinha diabetes e dor nas costas, Antônio se queixava que não suportava mais os problemas da família, e por essa razão disse ter tentado tirar sua própria vida. As demandas eram trazidas como se fossem de igual importância. Aos poucos foram surgindo também informações sobre Linea, que era a mãe de todos e de João. Linea, em decorrência de um tumor cerebral, tinha dificuldade para se locomover e apresentava problemas de memória e afasia que dificultavam sua expressão verbal, mas não sua compreensão. Após seu adoecimento passou a apresentar-se de forma bastante depressiva, não saía mais de casa e criou o hábito de marcar no calendário todos os dias como sendo o de sua morte. Embora a mãe e seus filhos se apresentassem como doentes, João, o último a ser apresentado à equipe, parecia ser o representante do sintoma familiar, da dificuldade de elaboração das diversas perdas sofridas na história familiar. Esse luto, impossível de ser elaborado, ficou representado nas tentativas de suicídios de Mara e de Antônio, no calendário que marcava todos os dias como o da morte de Linea, e na figura de João que se apresentava como um morto-vivo.

No que diz respeito às famílias de funcionamento psicótico, é descrito extensamente na literatura de terapia familiar que há a eleição de um paciente identificado que será o depositário da doença, enquanto os outros podem se ver livre dela. No entanto, nessa experiência observou-se que em algumas famílias isso não ocorria, havendo uma agitação e desorganização mais

explícitas. A terapeuta nesses casos, sem consciência disso, acabou escolhendo e delimitando aquele que seria o paciente identificado.

Sobre essa questão, Bereinstein (1988) coloca que aqueles que são considerados doentes para uma família são os que estão fora da norma familiar, sendo esse o critério usado. Isso se relaciona a uma organização dualista, em que uns se definem a partir do outro, por pertencerem ou não à mesma metade. Essa forma de organização diz respeito a um modo de solucionar problemas que não está presente apenas nas famílias psicóticas, mas que também é possível observar em nossa cultura, de forma que aquilo que é normal e patológico precisa estar separado, embora sejam dois lados de uma mesma moeda. Assim, a terapeuta estando inserida em uma cultura que se organiza de forma dualista, reproduz essa lógica para buscar uma organização de algo que lhe parecia caótico.

Se a literatura psicanalítica clássica foi elaborada essencialmente a partir da clínica individual no consultório ou nas instituições, é possível dizer que outras formas de clínica tensionam as teorias já elaboradas. Na experiência de AD, foi possível entrar em contato com famílias que não chegariam aos consultórios; e se nesses locais as intervenções são prioritariamente verbais, na AD outras intervenções ganham espaço.

No caso de Luiz, descrito no item 3.4, as intervenções aconteceram durante cerca de um ano até que fosse possível acessar, por meio de desenhos, o que se passava com ele. Nesse primeiro ano, pouco era dito e o desconforto sentido pela terapeuta era intenso, já que o recurso verbal era seu principal instrumento de trabalho. Apenas posteriormente foi possível perceber que, embora pouco fosse dito, algo do jogo estabelecido entre presença e ausência da terapeuta possibilitou que outros processos intermediários fossem possíveis, como o uso do desenho e depois a construção de uma metáfora para os atendimentos. A partir dessa última, foi possível ressignificar os momentos iniciais do contato com Luiz, que, como seu pássaro metafórico, fingia-se de morto para se proteger, pois “já havia sofrido muito”.

Dessa forma, nessas famílias cujas funções intermediárias estavam frágeis, resultando no isolamento do espaço da casa, ou ainda da instituição hospitalar, destaca-se a importância das intervenções não verbais, o movimento de se fazer presente e ausente, entrar e sair inúmeras vezes no local em que essas pessoas se encontram, marcando de forma concreta o dentro e o fora, para que seja possível favorecer o processo de simbolização, tão importante no estabelecimento das relações intersubjetivas.

Cabe ressaltar que não é apenas a simples presença e ausência que pode ter esse efeito. No jogo do carretel, havia um outro que significava tal brincadeira. Nesse sentido, Kaës (2005) coloca:

gostaria de sublinhar que o mediador, intermediário, ou transicional, não é o objeto, quaisquer que sejam suas qualidades intrínsecas. O que garante uma função simbolizante é, primeiramente, o fato de que o espaço intermediário e o objeto intermediário sejam apresentados por um sujeito a um outro sujeito, e que ele possa somente então ser inventado- criado por um e por outro, em um acompanhamento mútuo. (p. 29)

Dessa forma, o entra-e-sai que favorece os processos intermediários e tem como efeito algo produzido no vínculo intersubjetivo ocorre quando ambos na relação estão disponíveis para construir novos sentidos.

4.1.2 O uso de recursos gráficos e histórias

O desenho e a construção de histórias foram alguns dos recursos terapêuticos utilizados, com a função de favorecer os processos intermediários, facilitando a expressão e oferecendo continência. Para essa discussão, voltaremos à abordagem da família de Mariana e Mayara, cuja cena de um dos atendimentos foi relatada no capítulo 2.

Nessa casa moravam a mãe Aline e suas filhas adotivas: as gêmeas Mariana e Mayara, além de Bia. Também moravam Amaro e Joana, de 10 e 5 anos respectivamente, filhos de Bia. Jeremias, ex-marido de Aline e pai adotivo das gêmeas e de Bia, já havia falecido. Além da intensa agitação e agressividade no ambiente domiciliar, ficou evidenciada também a dificuldade de compreender a história familiar, que era contada em pedaços e causava estranhamentos. Mariana dizia ter uma família muito rica na Europa, mas toda sua herança havia sido roubada pela própria família. Aline contava que sua mãe era uma prostituta e sua avó, quem a criou, maltratava-a muito. A história da adoção não ficava clara, embora Aline contasse que havia salvado a vida das gêmeas, pois no início da vida elas precisaram de transfusão de sangue e foram levadas ao hospital de helicóptero. A família materna havia lançado muitos feitiços e maldições contra Aline e seus filhos. O pai de Aline teria sido assassinado por sua tia, por ele ser um alcoólatra. Essas informações eram jogadas sem uma construção integrada e as perguntas feitas pela terapeuta não ajudavam a esclarecer os fatos, que pareciam ter conteúdos delirantes.

Entretanto, o modo de contá-los lembrava a terapeuta sobre histórias de contos de fadas, com muitos mistérios, feitiços, magias, acontecimentos dramáticos e um enredo com muitos vilões.

A fala de Mayara era bastante repetitiva, com quatro ou cinco frases que eram ditas de forma alternada. Ela dizia sempre que ia acabar com quem fez esse feitiço com ela, para se vingar das inúmeras injustiças que havia sofrido, e se queixava de estar sem energia, de sentir um desconforto que buscava aliviar. Sua agitação era tamanha que, para a terapeuta, parecia uma roda desenfreada a ponto de colidir. Esse parecia ser o clima familiar, havia a sensação de que algo grave poderia acontecer a qualquer momento, “até assassinatos”. Isso foi expresso por Amaro em um desenho em que fez um navio que chamou de Titanic. Amaro não costumava participar diretamente dos atendimentos, mas nessa sessão havia ficado na sala e, por isso, a terapeuta lhe ofereceu lápis de cor e papel. Após mais de um ano de atendimento, Amaro desenhou novamente, e dessa vez escolheu um navio pirata. É possível compreender os desenhos de Amaro como um porta-voz¹ familiar, embora ele participasse em poucos momentos dos atendimentos. Seus desenhos podem ser associados aos diferentes momentos da família ao longo do acompanhamento; se inicialmente essa família podia ser vista como um navio prestes a afundar, no momento seguinte passou a ser “um navio pirata em busca de tesouros!”. Segue-se uma cena na qual Amaro desenha o navio pirata e que mostra a forma como os recursos gráficos foram utilizados para se aproximar dos conteúdos inconscientes da família, tendo assim uma função intermediária:

À tarde fui ao domicílio e encontrei Aline, Mayara e os sobrinhos. Mayara ficou falando sobre os sintomas da mesma forma de sempre e antes que eu enlouquecesse pedi para ela fazer um desenho. As crianças se interessaram e eu ofereci lápis e papel. Mayara disse que queria desenhar um castelo, mas não conseguia. Fez uns riscos e desistiu. Desenhou então uma pessoa surfando no mar. Depois desenhou barcos. Havia um sol sorrindo, com um clima descontraído. Enquanto isso, Amaro fez um desenho bastante detalhado e bonito de um navio. Eu disse “um navio! Me fala sobre esse navio”. Ele respondeu “é um navio pirata em busca de tesouros!”. Enquanto isso, Aline também fez um desenho e alguém perguntou a ela o que estaria fazendo na praia. Ela disse que nada, porque não sabia tirar férias. Nunca tirou na vida. “Nunca?!”, questionei, e ela contou que sua avó foi contra o seu casamento. E, mudando seu tom de voz, repetiu as palavras usadas pela avó em uma linguagem bastante formal “Há de se casar, mas irá arrepender-se e voltará para minha casa e ficará pra sempre presa a mim”. Apontei que

parecia uma maldição de contos de fadas. Ela continuou falando de sua história. Disse que depois de adotar as gêmeas separou-se do marido. Ele pagou pensão até as filhas completarem 10 anos. Depois, por desavenças do ex-marido com sua avó materna, a pensão cessou. Logo após a separação, voltou para a casa da avó e, como castigo por fazer escolhas erradas, Aline disse que foi posta no lugar de empregada da casa e que não podia mais sair para fazer nada. E assim se confirmou a maldição de sua avó.

Na cena, o recurso gráfico apareceu como uma forma da terapeuta suportar o contato com Mayara, diante de uma fala exaustiva, e como uma tentativa de trazer novos elementos ao discurso. Assim, por meio da atividade, a fala repetitiva de Mayara abriu lugar para novos elementos da história familiar. A partir da ideia de que a história familiar se assemelhava a um conto de fadas, a terapeuta propôs que fosse construída uma fábula sobre a família, começando pela história de Mayara. Abaixo, temos o que foi escrito durante a atividade, quando a terapeuta anotou o que Mayara contava e as próprias perguntas que fazia.

“Era uma vez uma garota chamada Mayara, era uma garota extrovertida, brincava e tal. O meu lazer era jogar bola, fliperama, eu ia em baile e discoteca. Desde os 11 anos, comecei a trabalhar com caminhão de frutas, depois com vendas de saco de lixo. Depois trabalhei registrada em uma empresa de contabilidade”.

“Eu fazia minhas atividades e tudo mais, mas sentia falta do meu pai. Faltou segurança e a família fazia feitiço”. A terapeuta perguntou “como era seu pai?” E Mayara disse que “era legal, atencioso quando vinha visitar, mas demorava. Era uma companhia legal e agradável, eu me divertia. Mesmo trabalhando, me faltava recursos financeiros. E ausência do meu pai”. “Faltava o quê?”, a terapeuta perguntou. “Todos trabalhavam, mas pela feitiçaria ainda faltavam coisas, como comida”. Conta ainda que depois na adolescência parou de ver o seu pai e parou de ter brinquedos. “Às vezes marcava visita e não vinha, para se divertir. Saíamos poucas vezes”. E a terapeuta pergunta “O que sentia ao esperar seu pai?”. Ela disse “distância, indignação, mágoa, desconforto”. A terapeuta coloca “percebe que é a mesma coisa que você relata sentir agora (referente a suas queixas insistentes)”.

Em seguida, uma cena em que a história escrita de Mayara é utilizada:

Mariana me recebeu e ficou comigo na sala. Eu sentada e ela em pé. Perguntei como ela estava e a resposta foi “melhor”, tentei puxar assunto, “melhor como?”, mas ela pareceu

não querer responder. Foi para a cozinha e voltou para a sala, como se quisesse apenas “fazer sala” para mim. Os dois cachorros entraram e ficaram brigando ferozmente no meio da sala. Isso ocorria geralmente, mas naquele dia senti medo de levar uma mordida tamanha a agressividade. Por isso me levantei e fui para mais perto da cozinha, verbalizando o meu medo de tomar uma mordida. Aline então me chamou “vem ver meus artesanatos”. Mostrou seus portas chás, porta joias e outras peças que tinha pintado e transformado. Eu disse “Que bonito”. Mayara, que estava no quarto, interrompeu a cena bastante nervosa e agitada “essa surpresinha que me prepararam, não vai ficar assim não, viu, se eu pegar quem fez isso comigo, esses médicos disfarçados de médicos”. Aline gritou dizendo que não aguentava mais, que era para ela calar a boca. Quando perguntei sobre o que Mayara estava dizendo, Aline me chamou pelo nome e disse “Pelo amor de Deus, é o que ela sempre diz!”. Nesse momento, Aline mostrou sua irritação com as intervenções da terapeuta, que insistia na busca por sentidos em uma fala que se apresentava de forma desconexa. Sem saber o que fazer, eu disse: “Mayara você não participa faz tempo dos atendimentos, mas lembra quando fizemos uma história sobre você? O que acha de continuarmos?” Ela aceitou, mas até eu pegar o papel com a história escrita em minha pasta, ela voltou a ficar muito agitada, andando entre a sala e a cozinha. E gritou que eles eram culpados, que por causa de Mariana os médicos entraram em sua casa e fizeram isso com ela. Me levantei e falei mais alto, disse que se continuasse gritando eu iria embora, pois assim não era possível conversar. Mas ela continuou gritando sobre as “surpresinhas” que bolaram para ela. Mariana disse que Mayara ficava assim o dia todo, o que a deixava muito nervosa. Cheguei a pensar que talvez tinham se esgotado as possibilidades de evitar uma internação. No entanto, sem falar mais nada peguei a história na mão, dei para ela e disse “não quer ler?”. Para minha surpresa ela aceitou e começou a ler. Fui auxiliando-a a entender minha letra. “Era uma vez uma garota chamada Mayara”. Ela se envolveu com a história e sua fala repetida cessou. Apontei “Olha a sensação que você descreveu quando ficava sentindo a falta do seu pai, quando ficava esperando por ele: ‘distância, indignação, mágoa, desconforto’. É o que você diz que sente agora, não é?!” Ela acenou com a cabeça positivamente. Eu disse ainda que pela história era possível ver que a presença de seu pai fez muita falta a ela. Logo Aline saiu da cozinha e disse “o pai dela não fez falta nada, ele nem era pai! O meu pai que era um escritor famoso não me fez falta”. Enquanto ela dizia isso, Mayara, que estava sentada ao meu lado, ficava mais agitada e demonstrava indignação. Aline começou a contar sobre sua relação com seu pai e com seu ex-marido e continuamos a conversa.

Na cena, aparece a potência do recurso das histórias, que em um momento de intensa agitação teve um efeito de continência para Mayara, que estava à beira de um descontrole. Seu discurso enlouquecedor, repetido e aparentemente desconexo, ganha novas palavras, contendo um momento de crise. No início do atendimento, antes que Mayara se fizesse presente, a terapeuta percebeu a intensa agressividade pairando no ambiente através do comportamento dos cachorros, que se agrediam de tal forma que poderiam atingi-la. A ausência de Mayara nos atendimentos anteriores, a fala de Mariana “está tudo bem”, Aline mostrando seus artesanatos em um momento de tensão, tudo isso pode ser entendido como uma tentativa de manter contida a agressividade de todos, que estavam próximos de perder o controle, o que foi representado de forma contundente por Mayara.

A impossibilidade de Aline de acessar a sua dor em relação à perda da figura paterna, assim como a proibição de que a filha pudesse, da mesma forma, se conectar à falta que também sentiu do próprio pai, gera uma história familiar despedaçada. O recurso de construir uma fábula dessa família pretendia reconstruir ligações. Assim, foi proposta a elaboração da história de Aline, da mesma forma como foi elaborada a de Mayara. Mas ela disse que não queria voltar a seu passado por ser muito dolorido. Então, a terapeuta decidiu inventar uma história, a partir das diversas falas ouvidas ao longo dos atendimentos. Abaixo, apresenta-se a história criada pela terapeuta:

Era uma vez uma menininha de olhos azuis. Morava com seus pais e era feliz. Seu pai dizia que ela era muito boa em tudo, o que fazia com que ela quisesse muito aprender as coisas do mundo. Aproveitava todo tempo que tinha com seu pai. Sua vida era doce e assim também era seu coração.

Certo dia, estava dormindo em seu quarto e ouviu uma briga, gritaria. Ficou assustada, não sabia o que era. Desceu da sua cama, abriu a porta do quarto e ouviu a voz de quem mais amava, eram seus pais que estavam gritando. Ouviu portas batendo, coisas caindo. Ficou quietinha no seu canto, torcendo para que aquilo tudo acabasse bem.

Mas não foi assim que aconteceu. Na manhã seguinte, a garota dos olhos azuis viu que seu pai não estava mais em casa. Pensou que ele deveria ter saído para resolver algum compromisso. Durante todo o dia, a garota ficou pensando em seu pai. Procurava não pensar na briga, mas sim em coisas boas, em como o amava e em como tudo logo ficaria bem. Já à

noite, ela deitou em sua cama aflita, mas pensou que no dia seguinte acordaria e suas preocupações acabariam. E assim passaram-se muitos e muitos dias. “Ele deve estar em uma viagem”, pensava a garotinha. “Mas amanhã, quando eu acordar, minhas preocupações vão acabar”.

Com o passar dos dias, muitos pensamentos invadiam a menina dos olhos azuis. Será que meu pai está bem? Será que eu fiz alguma coisa? Foi minha mãe que brigou com ele e ele não aguentou. Não acredito que minha mãe destruiu o que eu mais amava. Ela tinha ciúmes, isso sim, do amor que meu pai tinha por mim. Por que meu pai não aguentou minha mãe, mesmo que fosse por mim?

Seus dias, antes só doces, foram tomados por sentimentos confusos, que ela nunca tinha conhecido antes. Seu coração agora também conheceu a dor. Às vezes, a menina ficava muito feliz quando sonhava em viver de novo tudo de bom que já tinha vivido. Às vezes ela sofria muito, muito, muito, e ficava triste, sem entender o que tinha feito para merecer tanta dor.

Sua família de amor se desfez. Seu pai foi embora, sua mãe se perdeu e agora só queria se divertir. Diante de tudo isso, sua avó assumiu seus cuidados e com um misto de amor e raiva da situação, a avó cuidou da menininha dos olhos azuis. Tentou ensiná-la que a vida era dura, mas a menina já sabia disso. A avó não entendeu que, desde cedo, a menina já sabia que a vida era dura e o que ela precisava, antes de limites rígidos e uma educação impecável, era amor. A menininha sabia que precisava de amor, mas recebia castigos e surras, o que a feria de forma profunda.

A menina, que era muito inteligente e viva, fez tudo para proteger seu coração. Fantasiava uma outra vida, fantasiava sobre tudo o que ela poderia ter de bom quando fosse adulta, queria ter uma casa, com cerquinhas brancas em volta, um marido, dois filhos, plantas e cachorros, um lar com muito amor. Assim protegia seu coração tão doce da amargura que o ameaçava invadir.

Na história, a terapeuta busca reconstituir momentos que considerou terem sido marcantes para Aline, como o momento de convívio maior com o seu pai, as brigas constantes durante o tempo em que o casal estava junto, a separação deles e o momento posterior quando ficou sob os cuidados de sua avó. O tom utilizado pela terapeuta foi o dos contos de fadas, enfatizando sentimentos simples.

Segue-se uma cena sobre o relato do atendimento em que a história inventada pela terapeuta foi contada para Aline:

Cheguei no horário habitual e encontrei Aline. Era possível ouvir a cantoria de sua neta Joana no chuveiro. Aline falou um pouco das filhas e logo sobre a solicitação anterior da terapeuta para que escrevesse sua história: “Eu não quis escrever minha história porque é muito dolorido, tem coisas que é melhor esquecer. Senão vou ficar igual a Mayara, que não esquece o que passou e fica repetindo, repetindo. O que passou, passou”. Disse a ela que eu mesma havia inventado uma história, da forma como eu imaginei que aconteceu. Perguntei se queria que eu lesse e ela respondeu que sim.

Li o trecho: “Era uma vez uma menininha de olhos azuis. Morava com seus pais e era feliz. Seu pai dizia que ela era muito boa em tudo o que fazia e ela queria muito aprender as coisas do mundo. Aproveitava todo tempo que tinha com seu pai. Sua vida era doce e assim também era seu coração”.

Ela comentou: “isso é verdade, meu pai me dizia que eu ia ser uma ótima violinista, igual a ele”.

Li o trecho: “Certo dia, estava dormindo em seu quarto e ouviu uma briga, gritaria. Ficou assustada, não sabia o que era. Desceu da sua cama, abriu a porta do quarto e ouviu a voz de quem mais amava, eram seus pais que estavam gritando. Ouviu portas batendo, coisas caindo. Ficou quietinha no seu canto, torcendo para que aquilo tudo acabasse bem”.

Comentou: “Ah essas brigas aconteciam o tempo todo! Era direto. E minha avó participava delas, era ela que estimulava”. Perguntei “por quê?” “Minha mãe dizia que ela queria roubar o marido dela”. “E o que você acha disso?” “Ah eu não duvido. Minha mãe conta que certa vez pegou a mãe dela assistindo a uma cena de sexo sua e de seu marido. Se minha mãe ia no cinema com meu pai, minha avó dizia pra ela ficar em casa, pois quem merecia ir no cinema era ela, e assim quem acabava indo no cinema era minha avó e meu pai. Ela já fez isso comigo e meu marido uma vez. Ela amaldiçoou meu casamento. Disse que ela tinha me criado para cuidar dela. Quando eu disse que iria casar, ela respondeu que não ia dar certo e que eu voltaria para sua casa. E foi o que aconteceu, me separei e tive que voltar para a casa dela. Nessa época, não conseguia dormir, nem comer. Perdi muitos quilos e só engordei depois da morte da minha avó. Eu não dormia porque ela não deixava”. Perguntei por que não deixava,

e ela respondeu que tinha que acordar na mesma hora que a avó se levantava. Então levantava às 4 horas da manhã, mesmo indo dormir tarde. Ela disse acreditar que estava deprimida, não conseguia comer e nem dormir.

Continuei a história: “Mas não foi assim que aconteceu. Na manhã seguinte, a garota dos olhos azuis viu que seu pai não estava mais lá. Pensou que ele deveria ter saído para resolver algum compromisso. Durante todo o dia, a garota ficou pensando em seu pai. Procurava não pensar na briga, mas sim em coisas boas, em como o amava e em como tudo logo ficaria bem. Já à noite, ela deitou em sua cama aflita, mas pensou que no dia seguinte acordaria e suas preocupações acabariam. E assim passaram-se muitos e muitos dias. ‘Ele deve estar em uma viagem’, pensava a garotinha. ‘Mas amanhã, quando eu acordar, minhas preocupações vão acabar’”.

Comentários: antes de eu terminar de ler o trecho, ela disse que não ficava esperando seu pai, porque sabia que ele iria voltar, ele sempre viajava e voltava, então ela não ficava preocupada. “E ele voltou?” “Não”, ela respondeu. Quando sua mãe foi para a cidade onde ele estava e voltou sozinha, aí ela sentiu que alguma coisa estava diferente. Nesse momento não foi possível explorar diretamente esse sentimento de espera do pai. Depois comentou que ficava torcendo para que as brigas cessassem. Sentia muito medo, medo de que a avó a matasse. “A matasse?”, repito. E ela respondeu “De tanto me bater. Ela me tirava sangue, rezei muito para ela parar de tirar sangue de mim. Batia minha cabeça na parede. Segurava minhas orelhas com as mãos e batia minha cabeça na parede. Eu vi um espírito que uma vez me falou que, a partir daquele dia, ela nunca mais ia tirar sangue de mim. E dito e feito, nunca mais. Ela continuou me batendo, mas não tirava mais sangue”. Enquanto isso, sua neta saiu do chuveiro e pediu para ela pegar sua roupa. Ela pegou e teve um desentendimento sobre qual roupa seria usada. A neta estava grande, crescendo rápido, então a calça recém-comprada estava pequena. Ficou um tempo discutindo com a neta, disse que ela molhou o cabelo no banho e deveria ter usado a touca. Então, Aline sentou-se novamente e contou que não teve infância. Por isso gostava tanto de cuidar de criança. Falou da sua reza, de como ela ficava parada sem conseguir prestar atenção em nada, de como ficava fora do ar. Não sabia distinguir o que era verdade ou não. Não lembrava se ela tinha comido ou não. Quando isso acontecia, sua avó ficava brava e batia nela. E disse ainda “igual a Mayara faz com a Mariana”, concordei com ela e rimos. Nesse momento, Joana ficou atrás do sofá em que eu estava sentada e, com um modo de falar

claro como eu nunca a tinha ouvido, disse “nossa vó, sabe que eu também fico assim na escola, igual ao que você está dizendo. Eu fico olhando para o que eu tenho que copiar, aí eu acho que copiei, mas quando vejo não copiei, mas eu sinto que sim”. Fiquei muito surpresa com a sua fala e quis entendê-la melhor. Mas logo Aline a censurou “você tem que começar a copiar o que a professora está escrevendo logo, não precisa esperar ela escrever tudo para daí você começar”. Ela disse a frase em um tom repressivo. “Eu quando ia à escola tinha esses problemas, mas eu tirava notas muito boas. Copiava tudo certinho. Eu não me mexia, ficava o tempo todo na cadeira, na mesma posição [e mostrou a posição]. Meus braços suavam e deixavam marcas na mesa. Achavam que eu era louca, me levaram no psiquiatra. Essa menina aí [se referindo a Joana] fala pra caramba, não era que nem eu. Eu não falava nada. E você como era na escola?”, me perguntou. Fiquei um tanto desconcertada, mas disse que não lembrava se eu falava muito, mas lembrava que fazia bagunça. Perguntei “e você como era?”, sem me dar conta que ela tinha acabado de dizer. Isso foi algo estranho, como se estivesse eu mesma um pouco fora do ar. Tive a sensação de que pouca coisa havia sido dita, e somente quando transcrevi o atendimento percebi melhor o conteúdo bastante intenso. Claramente, havia uma desconexão entre o que era dito e o que era sentido, experienciado. Lembrei-me do quanto a história que ela contava desde o início dos atendimentos era distante, fragmentada, até certo ponto fantasiosa, e agora parecia que estava tomando corpo.

Bia chegou do serviço e ajudou a garota a se aprontar. Penteava seu cabelo e apressava Joana. Aline disse que não gostava da forma como Bia estava tratando a filha. E Bia logo cortou a mãe, dizendo que estava sendo cuidadosa com a filha e que ela estava fazendo dengo. Então a garota parou de se queixar e Aline concordou com a filha. Participei dessa cena familiar sem dizer nada. Me senti um pouco fora, um pouco dentro. Depois a garota chorou, dizendo que queria levar para o aniversário um carrinho de boneca. A mãe não deixou pois estavam indo de ônibus. Depois Aline contou a história desse carrinho. Há um ano, Joana tinha dito ao seu pai que nunca tinha ganhado um presente dele. Então a garota deu dinheiro para que ele comprasse alguma coisa. O pai pegou o dinheiro e disse que complementaria comprando um presente. E Aline disse “você acredita que ele ficou um ano para comprar esse carinho?!” Comentei que para ela deveria ser muito importante receber um presente do pai, tanto que ela mesma deu o dinheiro. “Será que é por isso que ela quer tanto levar o carrinho?” Aline respondeu que não, pois com todo brinquedo novo ela fazia isso, queria levar para todos

os lugares. Em seguida chegaram Mariana e Mayara, mas precisei encerrar o atendimento. Saí com a sensação de estar perdida, sem conseguir pensar nos conteúdos que apareceram.

Sobre esse atendimento, alguns pontos podem ser destacados. As inúmeras interferências⁷ que ocorrem, a imprevisibilidade de quem estaria presente no atendimento, a neta no chuveiro cantarolando, Bia que chega durante a intervenção, a presença de discussões do cotidiano, como a forma correta de pentear o cabelo da garota, tudo isso deixa a terapeuta sentindo-se “um pouco fora e um pouco dentro”, sem a certeza de sua função ali, frente ao desconforto de não saber seu lugar na cena, em meio a tantas interferências. Mas sustentar essa presença permitiu que novas ligações se estabelecessem, e o sentido do trabalho foi reencontrado.

A cisão parece ser o mecanismo de defesa principal dessa família. Embora os conteúdos da história que Aline contava eram bastante intensos, com o relato de uma avó incestuosa, que batia sua cabeça na parede até sangrar, o medo que sentia de ser assassinada, sua ansiedade na escola, em que ficava sempre na mesma posição na carteira deixando marcas de suor, tudo isso era relatado de uma forma distante, a ponto da terapeuta sair do atendimento tendo a impressão de que pouco tinha sido dito. Retomando o atendimento, a partir da escrita foi possível, em um momento posterior, construir novas ligações entre o conteúdo do relato e os afetos de Aline. Da mesma forma, os recursos intermediários do desenho e das histórias foram utilizados para facilitar o retorno a essa história familiar de uma maneira diferente. O sofrimento, que Aline tentava de toda forma esquecer, Mayara a lembrava a todo o momento, clamando por justiça; e os vilões, ao invés de serem esquecidos, passaram a estar em toda parte, na rua, no trabalho.

A história relatada por Aline lembra a história edípica⁸, na qual, sem o tabu do incesto, assassinatos podem ocorrer. A figura do pai, que na teoria psicanalítica teria a função de interdito da relação fusional da mãe com o bebê, se faz ausente nessa família, deixando os filhos sob a perigosa onipotência materna, representada pela figura de uma avó bruxa, sem limites, que pode até matar.

⁷ Conceito que será abordado adiante.

⁸ O Complexo de Édipo é um dos conceitos fundamentais freudiano, baseado na tragédia grega Édipo-Rei. De forma simplificada, remete aos conflitos comuns ao desenvolvimento infantil, no qual a criança "disputa" com o seu progenitor do mesmo sexo o amor do progenitor do sexo oposto.

Enquanto elementos do passado, fantasias e o cotidiano se misturavam nesse atendimento, as vivências da avó e da neta se conectam: *“nossa vó, sabe que eu também fico assim na escola, igual ao que você está dizendo. Eu fico olhando para o que eu tenho que copiar, aí eu acho que copiei, mas quando vejo não copiei, mas eu sinto que sim”*. Logo em seguida, aparece outra forte ligação entre ambas, quando surge o relato do carrinho da garota, que deu dinheiro ao pai para comprar um presente para ela, e isso faz com que uma cena familiar se repita, a espera de um pai que não se faz “presente”. Isso aparece como um elemento essencial na história construída com Mayara. Dessa forma, no espaço do atendimento domiciliar carregado de elementos cotidianos e facilitado por atividades intermediárias, diferentes momentos da história familiar e geracional podem encontrar novas ligações. Isso é crucial quando o sofrimento vem de uma experiência de despedaçamento.

Conclui-se que a visita domiciliar é um recurso terapêutico que pode ser usado em famílias que apresentam um processo de isolamento que dificulta a chegada aos serviços de saúde. Se há diversos fatores que contribuem para tal isolamento, nesse tópico foram destacados os aspectos psíquicos dessas famílias, cujas falhas nos processos intermediários dificultam suas possibilidades de ir e vir. Foi proposto que o entra e sai da casa, proporcionado pelas visitas domiciliares, pode ser considerado um facilitador dos processos intermediários, marcando o dentro e o fora repetidas vezes. Isso quando o profissional pode compreender que sua presença no domicílio, ainda que pouco seja dito, ou que pouco possa ser compreendido nessas visitas, tem efeitos na psique familiar.

É importante ressaltar que é o vínculo terapêutico o que favorece a ligação do paciente e sua família ao profissional, e que, a partir disso, a saída de casa do paciente pode ser facilitada. Sem o estabelecimento do vínculo, nenhuma função intermediária pode ser utilizada. Esse vínculo pode ser constituído de diversas formas, como aconteceu com Josefa a partir do convite da terapeuta “vamos comer um pão?”. No tópico a seguir, a noção de vínculo será discutida a partir da psicanálise vincular.

4.2 A noção de vínculo: tornar-se outro com o outro

Se no tópico anterior foi dada ênfase ao funcionamento psíquico familiar para a compreensão das abordagens no domicílio, neste, serão destacados os aspectos referentes ao vínculo terapêutico. Para tanto, voltaremos ao tema que iniciou esta dissertação – a relação entre profissional da saúde e pacientes – a partir de uma cena do seu tratamento.

Havia uma dificuldade para que fosse estabelecido um vínculo terapêutico entre a equipe do serviço de saúde e essa família. Mariana e Mayara frequentavam diversos espaços de saúde, mas sem continuidade, de forma que vários equipamentos da rede acabavam sendo utilizados como pronto-atendimento, quando os sintomas estavam mais agudos. Foram agendadas algumas discussões clínicas entre as equipes, para costurar uma abordagem conjunta. Percebeu-se que a presença de Aline seria importante, em função da dificuldade das gêmeas de sustentarem o tratamento sem auxílio. Assim, foi articulado junto ao serviço ambulatorial um atendimento em que a mãe de Mariana participaria de sua consulta junto a um profissional desse serviço, já que esse atendimento era uma tentativa de aproximação com Aline. Segue-se a cena:

Após um trabalho árduo, pois Aline se mostrava bastante resistente, essa consulta pôde acontecer. No entanto, esse foi um encontro desastroso. A profissional do serviço, frente à discussão anterior do caso, passou a exigir como solução que em todas as consultas a mãe estivesse presente, e que caso contrário a consulta de Mariana não se realizaria. Aline colocou que isso não seria possível para ela, e eu disse que isso nem seria indicado, tendo em vista que essa obrigatoriedade feria a autonomia de Mariana, além de ser desnecessária. No entanto, na consulta isso não foi possível de ser conversado e a presença da mãe virou uma regra. Agendei então uma nova discussão do caso.

Dessa cena, destaca-se um aspecto importante da relação terapêutica, que é o lugar de autoridade que essa profissional ocupa, o que fragilizou as tentativas de estabelecimento do vínculo terapêutico. Sobre a cristalização dos lugares, Berenstein (2011) coloca:

Não é simples desestruturar a relação entre quem ‘dá’ a aula e quem a ‘recebe’. Esta relação se perpetua e acrescenta, e aquele que dá supõe que deve dar mais a quem recebe, que por sua vez supõe dever receber mais de quem dá. Pode haver circulação de informação, mas, se não se modificam, as posições subjetivas entre quem dá e quem recebe cronificam-se nesses lugares. Já havia observado muito antes em outra experiência esta relação entre quem assiste e quem é assistido. Deve haver uma modificação nas posições caso se deseje uma mudança subjetiva. Quando isso não se produz, observa-se um discurso vincular que fala de ‘nós’ e encobre dizer ‘eu’, dirigido a um ‘vocês’ com quem não há vínculo, mas sim relação de autoridade. (p. 9)

No trecho acima, coloca-se uma questão crucial: é preciso desestruturar os lugares nas relações, para que as mudanças subjetivas possam ganhar espaço. Na relação entre profissional da saúde e usuário ou paciente, há lugares demarcados de antemão pelo imaginário social. Um cuida e o outro recebe esse cuidado, um prescreve e o outro segue as orientações, um sabe e o outro aprende. Esses lugares imaginários não se confirmam nas relações cotidianas, mas ainda assim é difícil desconstruí-los. Por quê?

Na AD, o local do atendimento muda fazendo com que o profissional tenha que se deslocar, e com isso necessariamente algo novo acontece. Mas que lugar há para o novo? Essa pergunta é discutida por diversos autores que pensam o funcionamento das instituições. O novo é entendido como forças instituintes que, muitas vezes, não ganham espaço frente às forças instituídas. Aqui o conceito de novo será abordado a partir da noção de vínculo trazida pelo psicanalista vincular Isidoro Berenstein.

4.2.1 Trabalho vincular: alienidade, presença e imposição

um vínculo faz se tornar outro com o outro, ambos se tornam outros diferentes daqueles que eram antes desse vínculo e os lugares adquirirão outros sentidos mais móveis, mais mutáveis.
(Berenstein, 2011, p. 19)

Se a mudança de lugar é algo que produz mudanças subjetivas, o que significaria mudar de lugar quando nos referimos ao vínculo terapêutico?

Segundo Berenstein (2011), o vínculo terapêutico implicaria necessariamente uma transformação de ambas as partes. Em toda vinculação haveria a formação de um Dois, que seria diferente de o Um mais o Um, e isso se daria por conta do efeito da presença.

Para compreender a complexidade do processo de se vincular, Berenstein traz a noção de alienidade, que remete à ideia de que o outro, pela sua presença, impede que ele próprio seja tomado apenas a partir de representações mentais. Alienidade, nesse sentido, diz respeito a algo de cada sujeito, que excede o desejo do outro, e a partir disso que surgirá o novo. Nas palavras do autor: “Quando o objeto é projetado no outro, este se converte no que se chama de objeto

externo e é conceitualmente diferente do outro. O outro excede o projetado nele e é esse excedente o que se dá a conhecer como presença que informa sobre essa alienidade” (2011, p. 66).

Quanto à questão de qual lugar há para o novo nas relações, a partir da noção de presença, Berenstein coloca duas possibilidades de ação:

esse estrangeiro que é o outro como alheio, porque interfere em minha identidade, e ao impor sua marca obriga a escolher entre dois tipos opostos de ação: i) fazê-lo desaparecer para assegurar a bondade do Um e do único, como se dá na mente sob o domínio de uma única ideia, ou como acontece no casal quando deve predominar um único critério (de um ou do outro, mas apenas um). [...]; ii) fazer ‘algo’ com a imposição, que se remete a uma atividade conjunta cujo produto nunca se conseguiu pela ação de um só. (2011, p. 67)

A presença do outro se daria por meio de uma imposição que força uma alteração subjetiva naqueles que estão vinculados. Mas esse poder de alteração não seria algo violento, já que isso não se daria a partir da aniquilação do outro, mas sim pela transformação de ambos. Assim, todo vínculo produz imposições mútuas, que implicam em mudanças.

Sobre a relação terapêutica entre profissionais da saúde e pacientes é possível dizer que sempre há o desejo de transformação do outro, no caso o paciente. O acompanhamento em saúde tem por objetivo mudar o estado de saúde de alguém, seja por tratar uma doença ou pela prevenção. Cada profissional dispõe de técnicas referentes ao seu campo de atuação para provocar alterações no estado dos pacientes que os procuram. Mas, a partir da noção de vínculo apresentada, questiona-se se há disponibilidade do profissional de se transformar em outro, operação exigida no processo de vinculação.

Nesse sentido, coloca-se a problemática da adesão ao tratamento, que, de uma forma simplificada, seria a aceitação e seguimento adequado do paciente ao tratamento de saúde sugerido. As prescrições levam em conta os melhores caminhos para se tratar uma doença, mas não consideram a realidade de cada um para exercer essas mudanças. Quando o tratamento é decidido de uma forma unilateral, embora ele dependa de ambos os lados, é uma forma de relação que se dá pela autoridade, em que há trocas de informações, mas poucas transformações subjetivas. Há uma cristalização de lugares, entre quem tem o saber e quem não tem. Mas se o desejo é provocar mudanças no outro, é preciso estar disposto a se permitir mudar.

Na AD, a maior proximidade, entre a equipe de saúde e o ambiente do paciente que ela acompanha, abre mais possibilidades de trocas. Mas além de entrar no espaço físico da casa, é

preciso se autorizar a entrar no vínculo terapêutico. E as atividades que se dão a partir do vínculo não são as que se criam pela lei, mas são as construídas no espaço íntimo:

Enquanto as atividades que se protegem na lei e no critério público estão como que prescritas por uma ampla articulação que caracteriza a modalidade dos procedimentos, e seu cumprimento se aproxima do critério de burocracia, as que se criam no espaço íntimo requerem autorização de si mesmo e do outro para se animar a atravessar a experiência sem destruí-la e para que possa ser transmitida ao outro. [...] Mas talvez, sobretudo, mesmo que as experiências se transmitam, cada uma deveria se animar a atravessar essa ‘porta’ usando sua própria autorização para entrar, ao contrário do que fez o camponês no conto de Kafka.⁹ (Berenstein, 2011, p. 129)

Dessa forma, é preciso que o profissional se autorize a atravessar “as portas da lei”. Ao entrar, não é possível prever aonde se chegará:

Cada sujeito deve autorizar-se a entrar em um lugar aberto, temível, mas não por estar aberto, e sim por ser novo, e ninguém pode dizer ao sujeito como é esse lugar. Deve empreender a tarefa junto com o outro e por si mesmo. A lei está aberta para cada um e o vínculo também o está para cada sujeito, e aí radica sua especificidade: mostra uma porta aberta. A relação de vínculo se produz ao aceitar a impossibilidade de uma estabilidade ou de uma fixidez da relação. (Berenstein, 2011, p. 126)

O vínculo, nesse sentido, exige um constante desafio a seus limites internos e externos, de modo que é necessário que ele seja autorizado a fazer esse desafio. Berenstein (2011) chama essa situação de vazio de relação, que acontece quando não se permite entrar no vínculo, perpetuando a forma de ser e fazer. Cada vínculo se configura em uma situação nova, e por isso novos fazeres e formas de ser são exigidos. Segue-se outra cena:

As intervenções com Joice começaram com muitos conflitos. Ela solicitou a AD para seu filho Marcos, dizendo que ele não queria sair de casa. Mas já nesse momento inicial ficava claro que para ela era difícil que o filho saísse de casa. Como o objetivo da AD era facilitar para que ele pudesse frequentar os serviços de saúde, criou-se um impasse. Outro impasse que surgiu foi entre nossa equipe e a equipe do CAPS, que queria encaminhar Marcos para a UBS. Assim como nós, a equipe do CAPS também encontrava muitas dificuldades na relação com Joice. Mas não concordávamos com o encaminhamento, por conta da complexidade do caso. Em uma reunião com os outros filhos de Joice no CAPS, um deles colocou para mim “achei que você fosse diferente, minha mãe disse que você era muito autoritária”. Isso foi ouvido por mim com muita dor, pensei “Joice é louca”. Depois isso fez sentido e assim mudei a forma de me colocar. Do mesmo modo a equipe foi mudando, desistimos de insistir com nossos quereres,

⁹ Diante da Lei, in: Kafka, Franz. Um Médico Rural (Contos) 1919. Editora Brasiliense, 1991. Pág. 23

que sem perceber eram tão impositivos, tanto em relação a Joice quanto em relação à equipe do CAPS. A partir daí cessaram os conflitos, mas não nossas tentativas de contato.

Na cena, o novo surge de forma abrupta, disruptiva – “você é autoritária” – e gera um sofrimento na terapeuta, alvo da crítica. A recusa inicial “ela é louca” foi abrindo espaço para outras reflexões, e uma nova percepção possibilitou uma mudança de posição. A postura autoritária também foi exercida em relação à equipe do CAPS. Mais do que a defesa de um ponto de vista diferente, que poderia provocar discussões e mudanças de posição, a postura de insistência na crença de que o melhor a Marcos seria o acompanhamento no CAPS infantil, ainda que essa equipe expressasse um desejo de encaminhá-lo a outro serviço, gerava apenas conflitos. A partir da percepção de que essa era uma atitude autoritária, pois desconsiderava o que a outra equipe colocava como desejo, foi possível a criação de novas estratégias. A capacidade de insistir e a teimosia muitas vezes são essenciais na atuação do profissional na rede pública, entretanto é preciso saber recuar e buscar outras estratégias. Nesse sentido, se há portarias e leis que definem a atuação de cada serviço, essas não devem ser usadas de forma burocrática, já que, para além das diretrizes, há pessoas que se relacionam entre si. Se não há abertura em um serviço que na teoria deveria acompanhar um perfil de paciente, por que não buscar alternativas em uma rede mais extensa que vai além da rede de saúde?

A partir da experiência na AD, houve uma mudança importante na atuação da terapeuta em relação a uma ampliação da noção de setting terapêutico. Havia uma crença na relevância da estabilidade do setting, quanto aos horários dos atendimentos, ou sobre quem participaria das abordagens. Contudo, na experiência vivida foram encontrados entraves para aplicar tal conceito. Parte dessa dificuldade se relacionava a famílias com maior grau de desorganização, como a de Mariana e Mayara, que muitas vezes não podiam cumprir com os combinados. Por outro lado, havia dificuldades a partir do próprio funcionamento do serviço. Os carros que levam aos domicílios são divididos por diversos profissionais que devem conciliar suas rotas, e os atendimentos não são pré-agendados como nas demais unidades de saúde, de forma que a equipe pode assim atender a certas emergências ou imprevistos que acontecem, para uma melhor assistência.

Além disso, são inúmeros os imprevistos e as interferências que ocorrem durante os atendimentos. Conforme já colocado anteriormente, presenciar um assalto à mão armada ou um linchamento na região de atendimento, ou saber que na casa do vizinho, ou no próprio domicílio,

há atividades ilegais sendo realizadas, isso tudo afeta de alguma forma a escuta clínica. E ainda, no trabalho em equipe, a intervenção de um profissional pode afetar a intervenção do outro, de forma positiva ou negativa. Por fim, também não era possível prever quem estaria presente nos atendimentos e os efeitos de cada presença.

Se por um lado encontra-se na literatura a importância da estabilidade do setting, na experiência percebeu-se que a tentativa de controle ambiental não apenas era impossível, mas também desnecessária, já que não era esse controle que possibilitava o trabalho terapêutico. Mais do que isso, a abertura ao inesperado que surgia nos atendimentos trazia contribuições. A partir dessa ideia, será trazido o conceito de interferência (Berenstein, 2004).

4.2.2 Interferências: além da transferência e da contratransferência

Se no capítulo anterior foram abordados mais extensamente os conceitos de transferência e de contratransferência, no presente tópico será trazido um conceito que contribui para tornar mais complexo esses fenômenos, na experiência dos atendimentos domiciliares.

A origem desse conceito foi o incômodo de Berenstein e Puget para nomear alguns fenômenos presentes em qualquer processo analítico que são interferências externas à sessão. Em seu percurso pessoal, Berenstein (2004) relata que inicialmente acreditava que aquilo que ocorria do lado de fora da sessão poderia criar obstáculos ao trabalho analítico, ou mesmo impossibilitá-lo em determinadas situações. Essas interferências poderiam ser desde a presença de trânsito para chegar à sessão, até os efeitos das mudanças políticas no país. Como exemplo, o autor conta da época em que seu país encontrava-se governado por um Estado de exceção, e questiona-se de que forma a proibição da livre expressão afetaria o rumo de uma análise, ou ainda se o analista estaria se colocando em risco ao oferecer a sua escuta. Dessa forma, os autores criaram um conceito que pudesse abarcar o que estaria “fora” do processo terapêutico.

Posteriormente o conceito de interferência ganhou também o sentido de ser aquilo produzido especificamente entre o paciente e o analista, por ação do encontro e desencontro dependente de cada vínculo, de cada subjetividade – aquilo que estava “dentro” das sessões, mas não era nomeado, que é a presença subjetiva do terapeuta. Dessa forma, em cada sessão estariam presentes os fenômenos da transferência, da contratransferência e das interferências: o

ocorrido e o produzido entre um paciente e um analista, que, entre tantos sujeitos singulares, possuem desejos próprios, maneiras de pensar, valores, e passam a ser, por ação do vínculo, sujeitos outros. Nas palavras do próprio autor:

A transferência e a contratransferência completam um campo que totaliza o que ocorre na sessão, e sua significação pertence por inteiro ao paciente; a primeira porque partindo dele se desenvolve na pessoa do analista, e a segunda porque, envolvendo-os e vindo desde a mente do terapeuta, deve ser reconduzida à sua fonte, à sua origem, o paciente. Agora bem, a interferência não complementa a transferência, tem um efeito de um excesso e não de uma falta, não completa mas descompleta e introduz outro trabalho a realizar. [tradução nossa] (2004, p. 194)

Muitas dificuldades resultariam da problemática aceitação dessa interferência que ganha lugar na relação, independente dos desejos prévios de seus protagonistas. A partir disso, pode haver diferentes reações:

Se ambos estão em uma relação de presença, implica em uma relação e em uma inquietude diante da não coincidência, que pode despertar uma gama de sentimentos: a) desencadeamento de agressão, com desejos de algum tipo de eliminação do outro, não levá-lo em conta, responsabilizá-lo pelo desencontro b) submissão como modo de converter os dois em um c) alegria porque a atividade dos dois os modifica e os livra do fechamento em sua própria subjetividade. [tradução nossa] (Berenstein, 2004, p. 202)

Dessa forma, os impasses podem desencadear uma reação terapêutica negativa ou um abandono do tratamento, mas, se ambos podem manter o vínculo, existe a possibilidade de trabalhar esse impasse, com a concomitante modificação e crescimento do campo da relação e da subjetividade de ambos (Berenstein, 2004).

Puget (2012) traz uma diferença entre interpretar e intervir. A primeira estaria ligada aos fenômenos da transferência e da contratransferência, sendo uma tradução do dito do paciente. A segunda se relaciona aos efeitos da presença:

É importante pensar que um dos efeitos da presença é aumentar as diferenças entre os componentes de um vínculo, o que possibilita um enriquecimento. Isso seria oposto do tédio, da repetição, do já conhecido. Mas, claro, como já mencionei, isso tem um custo, que seria a geração de certa instabilidade e perda de referentes seguros. (p. 90)

Tomando-se a noção de interferência, voltamos a discutir a instabilidade do setting na modalidade de atendimento de AD a partir de Luiz. Conforme relatado no capítulo anterior, a instabilidade nos horários combinados provocava nele uma enorme desconfiança. A cada mudança de horário, a terapeuta precisava passar longo tempo explicando seus motivos. Isso se relacionava a um funcionamento institucional alheio às necessidades dele. Para Luiz, que procurava exercer o máximo de controle no contato (a tal ponto que parecia estar “se fazendo

de morto”, como na história do pássaro), a inconstância da terapeuta gerava sofrimento e desconfiança. Isso pode ser compreendido como uma interferência no acompanhamento. Os recursos gráficos oferecidos pela terapeuta foram aceitos, mas também causaram sofrimento. A demora em iniciá-los – cerca de trinta minutos –, assim como sua reação à interrupção da atividade provocada pela terapeuta, que não conseguia esperar o tempo que ele precisava e interrompia a atividade, demonstram também um grau de sofrimento por conta das interferências.

No entanto, entende-se que tanto as interferências institucionais quanto as subjetivas da terapeuta fazem parte do acompanhamento, e o fato de ambos – terapeuta e paciente – as terem suportado possibilitou o aparecimento do novo na relação. O início dos desenhos trouxe sofrimento a Luiz, mas também mais vida à relação. Também as inconstâncias nos horários dos atendimentos deixaram de ser algo gerador de sofrimento para Luiz, que as significou a partir do conhecimento que tinha da subjetividade da terapeuta – “ela deve ter esquecido”. A terapeuta, por sua vez, parou de sofrer por não poder oferecer um enquadre que considerava ser mais adequado a Luiz, entendendo que o principal era o vínculo estabelecido. Nessa perspectiva, tem-se que as interferências institucionais não impedem que o vínculo terapêutico se estabeleça, apenas o torna diferente. E é nessa diferença que algo novo pode ser produzido.

Para encerrar a discussão do presente capítulo, voltemos mais uma vez à Mariana e Mayara. Partindo-se da alegria que acontece no encontro com o outro quando o novo ganha espaço – “alegria porque a atividade dos dois os modifica e os livra do fechamento em sua própria subjetividade” [tradução nossa] (Berenstein, 2004, p. 202) –, que será compreendido o sentimento da terapeuta quando Mayara revela: “às vezes tenho tanta coisa para dizer e não consigo falar tudo. Mas eu sinto como se eu estivesse toda quebrada por dentro e só estou mantendo as aparências”. Aquele atendimento, definido como “maluco”, o era a partir do referencial da própria terapeuta daquela que seria a paciente assistida pelo programa, poderia impedir que ele acontecesse. Foi da insistência no vínculo que o novo ganhou espaço e possibilitou que a terapeuta percebesse que sim ali estava ocorrendo um atendimento, só não nos moldes a que ela estava habituada. De que forma seria possível entrar em contato com a realidade dessa família nos moldes a que estava habituada? Para sustentar tal acompanhamento, foi necessário tornar-se outra.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As cenas descritas inicialmente na introdução abordam uma temática que envolve o exercício de poder entre profissional e paciente, e as suas possibilidades de resistência, algo que permeou toda a dissertação. O medo de reproduzir esse lugar esteve presente tanto na experiência, quanto na elaboração da pesquisa. Ir ao domicílio ofertar tratamento a alguém que não realiza qualquer acompanhamento pode levantar questões éticas. Não seria autoritário dizer a uma pessoa que ela precisa de tratamento, ainda que isso seja recusado? Ou então ir à casa de alguém para garantir que o remédio seja administrado adequadamente? Ou ainda, não se poderia considerar uma forma paternalista de oferecer cuidado, já que parte do tratamento deveria ser responsabilidade do paciente ou de sua família? Por outro lado, poderíamos afirmar que quem não busca ajuda nos moldes a que estamos acostumados, nos consultórios e nas instituições, de fato não requer cuidados? Como exigir que pessoas em uma situação de isolamento possam buscar ajuda? A recusa inicial por uma específica abordagem terapêutica deveria determinar a desistência das tentativas, ou provocar mudanças em nossas práticas? Para a terapeuta e pesquisadora, perceber que os sujeitos resistem a cada forma autoritária de se colocar teve efeito libertador.

Do mesmo modo, nomear que o funcionamento de uma família é psicótico ou doente não poderia servir para desqualificá-la, ou ainda culpabilizá-la pelo adoecimento do paciente identificado? Não seria melhor refletir sobre as formas sociais que levam os sujeitos ao adoecimento? Na delimitação do tema de pesquisa foi importante compreender que o controle e o poder são questões importantes na temática dos transtornos mentais – e nem poderiam deixar de ser –, mas eles não são os únicos. Destacar certas características das famílias acompanhadas teve o intuito de contribuir com a reflexão sobre as intervenções a partir da compreensão que se tem do funcionamento vincular psicótico.

A Atenção Domiciliar (AD) surge como uma alternativa ao tratamento hospitalar das doenças físicas, frente ao envelhecimento populacional e à necessidade de otimizar os recursos públicos destinados à saúde. Para isso, é necessário sair da lógica da saúde centrada no hospital e no médico, mudando a forma de cuidar. Há uma aposta de que o maior contato com a realidade do paciente, proporcionado pela mudança no local de tratamento, promova um maior

envolvimento e responsabilização por parte das equipes de saúde no tratamento oferecido. As famílias ganham importância e a figura do cuidador se torna indispensável.

Na saúde mental, a AD se torna uma possibilidade de abordagem para aqueles que não chegam aos serviços de saúde. Apesar das visitas domiciliares serem uma das atribuições dos CAPS e também de outros serviços como as UBS, a AD pode ser uma estratégia interventiva em casos complexos que exigem uma abordagem mais próxima. A experiência na AD trouxe uma perspectiva longitudinal dos acompanhamentos no domicílio, que é muito diferente do que acontece nos serviços que realizam visitas. O que se percebe é que há muitas dificuldades institucionais para que se realize um acompanhamento longitudinal no domicílio dos casos em que isso é exigido. Isso faz com que seja necessário um maior investimento nessa modalidade de assistência. Nesse sentido, acreditamos que seria importante a ampliação de equipes especializadas em saúde mental nos serviços de AD. Uma das principais motivações para desenvolver esta pesquisa foi a crença na potencialidade dessa modalidade de intervenção, que possibilita desenvolver estratégias diferentes para aqueles que não estão podendo chegar aos serviços de saúde.

Se os pacientes acompanhados se encontram em uma situação de isolamento – por isso a estratégia das visitas domiciliares –, uma das principais funções da AD em saúde mental é a de ponte – do hospital para casa e/ou da casa para os serviços. As intervenções da psicóloga no domicílio pretendem favorecer essas funções intermediárias, de ligação. Assim, se na AD se pretende ligar diferentes lugares, oferecendo uma integralidade maior no cuidado, neste trabalho procurou-se compreender a dificuldade dessas ligações considerando-se o enfoque psíquico.

No sujeito de funcionamento psicótico, a linguagem normal pode muitas vezes servir como barreira, dificultando a comunicação, tornando o terapeuta “surdo” ao que é dito pelo paciente. Observou-se que as falas iniciais dos pacientes acompanhados eram de difícil compreensão, de forma que entrar em contato com seus aspectos subjetivos só foi possível ao longo das intervenções. Dessa forma, considera-se necessário desenvolver estratégias para facilitar a comunicação entre paciente e terapeuta. Nesse sentido, as atividades realizadas em conjunto, tais como os recursos gráficos e a construção de histórias, foram utilizadas para favorecer o “entre”, a fim de ampliar as possibilidades da escuta subjetiva dos indivíduos com transtorno mental grave.

Um aspecto que se destaca nas intervenções domiciliares é que entrar e sair da casa, nessas famílias, pode favorecer as funções intermediárias. Em dois relatos dos acompanhamentos trazidos, as falas incompreensíveis de Joice e a mudez de Luiz foram, ao longo das intervenções, abrindo espaço para o relato de sonhos e para a elaboração de metáforas, algo que possibilitou com que novos sentidos fossem construídos para o sintoma inicial da restrição no domicílio.

Se a função essencial da assistência domiciliar em saúde mental é a de ligação, a noção de vínculo ganha destaque. Mais do que a especificidade de cada profissional, nessa experiência evidenciou-se que o estabelecimento do vínculo do paciente com qualquer um dos profissionais era algo crucial. Se o trabalho vincular só acontece quando há uma transformação de ambos, o que significa tornar-se outro com o outro, isso exige dos profissionais mudanças em sua prática. Para se vincular a esses pacientes foi essencial “sair da casinha”, mudar a forma de fazer. Foi preciso abandonar algumas ideias sobre o que seria um atendimento possível e abrir-se às formas como os atendimentos aconteciam.

Em relação à psicanálise foi preciso questionar o setting analítico clássico a partir do qual muitos conceitos foram elaborados. Ainda que seja apontada na literatura a importância da estabilidade do setting no processo analítico, nessa experiência observou-se que um setting muito diverso, que incluía a presença de diferentes pessoas, locais, durações, foi o que possibilitou que o trabalho analítico ocorresse, e que o sintoma de não sair de casa ganhasse outros sentidos. Os casos relatados nesta dissertação fazem pensar que eles não teriam sido possíveis de acontecer dentro do setting analítico tradicional. Nessa perspectiva, os atendimentos considerados inicialmente “malucos”, como os de Mariana e Mayara, ganharam por fim sentido, e a “maluquice” passou a ser esperar que essa família pudesse chegar aos serviços de saúde sem auxílio. Assim, foi por meio da flexibilização na atuação, que a aposta na “cura pela fala”, a que a psicanálise se propõe, manteve-se viva na experiência da AD em famílias de funcionamento psicótico.

Sobre os sentimentos contratransferenciais despertados nessa experiência, eles poderiam ter sido interpretados a partir do funcionamento dessas famílias. Mas, nesta dissertação, o desconforto presente em muitos atendimentos foi relacionado com o fato de que essas famílias exigiam da terapeuta recursos terapêuticos diferentes daqueles que são utilizados mais

comumente. Nesse sentido, no setting tradicional os recursos verbais são priorizados, enquanto que na AD outras estratégias ganharam destaque.

O uso da psicanálise em diferentes contextos é possível a partir da disposição em questioná-la. Os conceitos, longe de serem verdades, foram todos elaborados a partir de um contexto específico, algo que por vezes se perde de vista. Essa reflexão pode ser estendida a outros profissionais, que em sua formação aprendem conceitos que foram tecidos a partir de uma dada realidade, mas que passam a acreditar que devem reproduzi-los em suas práticas mesmo em contextos diferentes.

Isso leva a pensar na relação autoritária e hierárquica entre profissionais e pacientes com transtorno mental, e que também se reproduz em outras áreas, não tendo fim com a reforma psiquiátrica, apesar das enormes conquistas da luta antimanicomial. Nesse sentido, a mudança no local de tratamento não garante que haja mudanças na forma de cuidar, como é esperado na AD. Consideramos que é essencial a todo profissional questionar-se se em cada vínculo terapêutico estão se colocando disponíveis para se tornarem outros com o outro.

Desse modo, as contribuições desta pesquisa se relacionam a algumas compreensões sobre essa modalidade assistencial em famílias psicóticas, além de trazer a reflexão sobre a atuação dos profissionais que muitas vezes se colocam de forma autoritária no vínculo terapêutico. Espera-se que novas investigações possam ampliar a compreensão sobre a abordagem de pessoas que se encontram em situação de maior isolamento. Além disso, que as intervenções junto às famílias possam ganhar mais espaço na área da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Alverga, A.R. & Dimenstein, M. (2006, jul/dez). A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 10(20), 299-316.
- Bleger, J. (2003). Psicanálise do enquadramento psicanalítico. *Pulsional: revista de psicanálise*, 16 (170), 45-57.
- Berenstein, I. (1988). *Família e doença mental* (A. Friedmann, trad.). São Paulo: Escuta.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con outro(s): Ajenidad, presencia, interferencia* (1a ed). Buenos Aires: Paidós.
- Berenstein, I. (2011). *Do ser ao fazer: curso sobre vincularidade* (M. Seincman, trad.). São Paulo: Via Lettera.
- Cabral, K.V. (2005). *Acompanhamento terapêutico como dispositivo da reforma psiquiátrica: considerações sobre o setting*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul.
- Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eiguer, A. (2000, julho/dezembro). A apropriação do espaço da casa. *Interações*, V(10), 11-24.
- Etchegoyen, R.H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Feuerwerker, L.C.M., Merhy, E.E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*, 24 (3): 180-8.
- Figueiredo, L.C. & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), 257-278.

- Frayze-Pereira, J. A. (2007, dezembro). Da arte de interpretar o paciente como uma obra de arte. *Jornal de Psicanálise*, 40(73): 133-144.
- Freud, S. (1996a). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 11, pp. 147-156). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996b). A dinâmica da transferência. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996c). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996d). Conferências introdutórias sobre psicanálise (XXVII). In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 16, pp. 433-448). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996e). Além do princípio do prazer. In Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Guedes, C.F. (2013). Acolhimento institucional na assistência à infância: reflexões a partir da experiência em um abrigo. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gomes, I. C. (2007). Uma clínica específica com casais: contribuições teóricas e técnicas. São Paulo: Escuta/Fapesp.
- Gomes, I. C. & Levy, L. (2009, junho). Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. *Aletheia*, (29), 151-160.
- Kaës, R. (2004) A polifonia do sonho: a experiência onírica comum e compartilhada. Aparecida, SP: Idéias & Letras.

Kaës, R. (2005) Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Laplanche, J. (1991). Vocabulário da psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.

Mandelbaum, B. (2008). Psicanálise da Família. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mannoni, M. (1987). A criança sua "doença" e os outros: o sintoma e a palavra. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Meyer, G.R. & Brauer, J. F. (2010, março). O desejo do analista e a clínica da psicose: análise de um caso. Revista Mal-estar E Subjetividade, IX (1), 233-258.

Mezan, R. (1998). Escrever a clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ministério da Saúde (2005) Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília.

Ministério da Saúde. (2011) Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Dulce Helena Chiaverini (Org.)...et al.

Ministério da Saúde. (2012) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar (V. 1). Brasília.

Oliveira, I. M. A. (2004, setembro). O caso clínico na instituição pública: polifonias desejanter. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VII(3), 82-93.

Palombini, A.L. (2007). Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade - contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica. Tese de doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Puget, J. (2012). Transferência, Contratransferência e Interferência. In Gomes, I.C., Fernandes, M. I. A. & Levisky, R. B. (Org.), *Diálogos psicanalíticos sobre família e casal*. São Paulo: Zagodoni.
- Ribeiro, A.M. (2005, dezembro). O lugar do psicanalista em uma clínica das psicoses: algumas reflexões. *Psiquê*, IX(16), 165-182.
- Rosa, M. D. (2004, setembro). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, IV(2), 329-348.
- Svartman, B. (2003). Fundamentos da Psicanálise dos Vínculos. In W. J. Fernandes, B. Svartman & B. S. Fernandes (Org.), *Grupos e Configurações Vinculares* (pp. 33-42). Porto Alegre: Artemed.
- Weissmann, L. (2009). *Famílias Monoparentais: um olhar da Teoria das Configurações Vinculares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.