UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

MARIANA DESENZI SILVA

Escuta dos sonhos como intervenção clínico-política:
uma estratégia pendular de despatologização

SÃO PAULO
2022

MARIANA DESENZI SILVA

Escuta dos sonhos como intervenção clínico-política:

uma estratégia pendular de despatologização

Versão Corrigida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Profª. Drª. Miriam Debieux Rosa.

SÃO PAULO

2022

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.

Catalogação na publicação Biblioteca
Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São PauloDados
fornecidos pelo(a) autor(a)

Desenzi Silva, Mariana
Escuta dos sonhos como intervenção clínico-política: uma estratégia pendular de despatologização / Mariana Desenzi Silva; orientadora Miriam Debieux Rosa. -- São Paulo, 2022.
103 f.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Sofrimento. 2. Adolescência. 3. Psicanálise. 4. Sonhos. 5. Saúde Mental. I. Rosa, Miriam Debieux, orient. II. Título.

Nome: DESENZI SILVA, Mariana.

Título: Escuta dos sonhos como intervenção clínico-política: uma estratégia pendular de despatologização.

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

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

É sempre essa a parte *preferida* de todos os trabalhos de Pós-Graduação que leio. Quando comecei a escrevê-la, cometi o ato falho – escrito – de que seria a parte principal. Talvez o seu quê principal seja o fato de que uma dissertação só é possível quando se tem uma rede de apostas, cuidado e afetos durante o longo percurso de sua escrita. E com essa rede eu certamente pude contar! Agradecer é reconhecer como cada uma e cada um aqui mencionados teceram fios que me sustentaram até a defesa.

Ao Instituto de Psicologia da USP, espaço-casa por onde circulei nos últimos 13 anos. Agradeço às professoras e professores da Graduação e da Pós, que contribuíram de muitas maneiras para minha formação como psicóloga e pesquisadora. Às funcionárias e funcionários, solícitos às minhas questões; em especial à Claudia Rocha, secretária do PSC e à Cristiane Polato, secretária do Comitê de Ética do IPUSP, que receberam minhas dúvidas com disponibilidade e atenção.

À Miriam Debieux Rosa, minha querida orientadora. Psicanalista, pesquisadora e supervisora que tanto admiro, desde antes do Mestrado. Apostou na minha escrita e na minha pesquisa, movimentando meu desejo. Escutou e acolheu minhas proposições, minhas mudanças, minhas indecisões e inibições – a sua orientação ética e generosa fez toda a diferença neste processo. Muito obrigada!

À minha banca composta por mulheres, escolhidas por seus percursos e rigor. À Ana Cristina Figueiredo, referência na minha formação como uma psicanalista no SUS e que leu meu trabalho com detida atenção; sua fala na Qualificação ecoou em mim por muito tempo, produzindo inquietações e movimentos nessa escrita. À Cristina Vicentin, tão generosa, que se aproximou de nosso laboratório e desta pesquisa mais ao final, mas que já figura entre minhas referências de leitura desde a Graduação, principalmente por suas provocações fundamentais. Às suplentes: Aline Souza Martins, que já me acompanhou em diversos momentos do meu percurso, nas minhas escritas e que é uma inspiração, obrigada por sua presença e sua leitura cuidadosa; Sandra Alencar, que transmite uma postura ética e rigorosa enquanto pesquisadora e servidora pública.

Ao Paulo Emílio, minha companhia de longo tempo; referência clínica, política e na relação com a escrita. Leitor privilegiado das minhas (im)produções, revisor crítico e elogioso. Quem esteve literalmente ao meu lado quando parecia impossível continuar para dizer que era possível. Obrigada por ter suportado cada dificuldade e angústia (que foram muitas!). Essa escrita é nossa.

Aos meus pais, por terem tornado possível a minha educação, formal e acadêmica, mas sobretudo diante das mais cotidianas simplicidades da vida. À minha mãe, Regina, por sonhar todos os meus sonhos comigo. Ao meu pai, Ércio, por toda a leveza e firmeza que me transmitiu. A meus irmãos, Beatriz e João Guilherme, por serem diferença e por terem construído comigo uma infinidade de memórias e experiências compartilhadas. O apoio e o amor de vocês quatro foram e são fundamentais em todas as minhas decisões.

À Zuzu e Lênin, por me fazerem sorrir diariamente.

Ao meu pequeno, mas intenso, núcleo familiar: meus avós Venício (*in memorian*), Agda, Antonio e Ivone, que me ensinaram tantas coisas quanto as que consigo recordar e que se orgulham daquilo que faço e produzo, ainda que sejam coisas distantes daquelas que conhecem. Também a meus primos Marília e Pedro, meus padrinhos Maria Angela e Ecidir e minha tia Ana Paula, por todos nossos bons e importantes momentos juntos.

Ao Jonas Boni, testemunha-escutar de meus desertos e oásis.

Ao André Nader, meu supervisor, interlocutor, leitor e crítico, agradeço à generosidade de seus apontamentos, intervenções e comentários. Você é uma referência notável no meu percurso.

Às amigas que o CAPSij me deu e com quem aprendi muito mais do que a realidade do cuidado em Saúde Mental no SUS: Evelien Van Schaik, Bruna Arruda, Brunna Gomes Viana, Amanda Pepo e Ana Paula Gorgulho. Em especial, agradeço à Mirella Santos, Paola Braghetta e Thatiane di Risio, minhas companheiras do cotidiano institucional, em suas durezas e potências, aquelas que ofertam espaço seguro para as mais diversas elaborações, reivindicações e construções – profissionais ou não. À Roseli Campos, mulher forte e profissional incrível que tem toda minha admiração. À Thainara Cabral, amiga e companheira dos planos revolucionários. Aos profissionais que marcaram a minha experiência no SUS. Agradeço também à Silvana Vicentin, gestora que possibilitou a realização deste Mestrado ao me auxiliar com os horários, dicas sobre processos institucionais e até mesmo por ter organizado os documentos da minha inscrição. Também por seu reconhecimento do meu trabalho e valorização das minhas ideias e indignações – ainda que não concordasse integralmente com elas.

Às amadas Bixetes09, Amanda Vieira, Ana Luiza Roncati, Daniela Tankevicius, Juliana Arnhold e Mariana Rodriguez, sempre presentes, de formas tão próprias quanto únicas. Em especial à Dafny Silva e Elisa Bernal, por tudo que vivemos juntas e por nosso afeto-lar; à Ana Júlia Fernandes, companheira de supervisão, com quem compartilho minha clínica e minhas leituras e

com quem aprendo tanto também; à Flávia Cézari, por cada café, insight psicanalítico ou comentário incrível; à Heloísa Tonello, companheira de percursos e delícias que me nutriram neste finalzinho da escrita. Agradeço também às minhas bixetes, que se tornaram amigas preciosas: Isabel Cavalcanti, pelas delicadezas do dia a dia; Luísa Zandoná, pela potência do encontro com a loucura aprimoranda e Juliana Gonzales, pelas aventuras madalenas.

Às minhas amigas de longa data, que atravessaram várias fases da vida comigo e com quem pude dividir tantas experiências e memórias; que me conhecem como poucas e seguem sendo colo e amor: Luciana Gonçalves, Camila Ávila, Ana Carolina Nunes, Carolina Ribeiro, Jéssica Sousa e Laís Mennitti.

Aos meus queridos Uribenhos, Aline Vianna, Camilla Roberts, Érika Mendes Leal, Danilo Solera, Marília Pássaro e Thiago Magalhães: nossa amizade é porto seguro! À Deborah Melo, por nunca soltar a minha mão. A companhia, as risadas, as ideias e as histórias são melhores com vocês.

Aos queridos Bacos pelo apoio e afeto, regados a vinho e ideias desinstitucionalizantes: Enzo Pizzimenti, meu amigo e incentivador, interlocutor atento e exigente, companheiro dos percalços cotidianos e parceiro da práxis; Maria Isabel Ghirardi, querida amiga, sempre certeira, acolhedora e especial.

À Ana Carolina Dias, com quem aprendi que a escrita é um exercício de castração e que me apresentou, com delicadeza e rigor, a tantas possibilidades na clínica psicanalítica com crianças com impasses. Hoje uma grande amiga que sustenta, lado a lado comigo, tantos posicionamentos difíceis e necessários e que sempre acreditou nessa escrita, mesmo quando eu custei a acreditar. À Fernanda Fudissaku, parceria cotidiana da escuta da diferença, da sustentação um olhar singular e de enfrentamentos essenciais. Obrigada por tornarem este processo de escrita menos solitário!

À Débora Ragazzo, pela transmissão cuidadosa e pela especial aproximação no final desse processo, com preciosas contribuições. Também à Fernanda Oliveira e Luana Amancio pelas construções cotidianas, discussões políticas, risadas, marmitagem e os bolos compartilhados nas tardes institucionais.

Aos amigos e colegas do grupo de orientação e do Laboratório Psicanálise, Sociedade e Política, que produzem um espaço de trocas potente: Pedro Seincman, Priscilla Santos, Tahamy Pereira, Ivan Estêvão, Julia Bartsch, Raonna Martins, Gabriel Binkowski, Diego Penha, e tantos outros que estiveram presentes nas minhas tardes de quarta-feira. Principalmente, agradeço à Renata Zarenczansky, pelas leituras e comentários tão cuidadosos e que, juntamente com a Patrícia

Beretta, se tornaram amigas tão queridas, em quem encontrei companhia, afeto e apoio em meio às alegrias e angústias da Pós.

Aos que compuseram nosso grupo da pesquisa dos Sonhos: Jaquelina Imbrizi, Isabela Lemos, Rodrigo Alencar, Leônia Cavalcanti, Emília Broide, Marta Cerruti, Sérgio Prudente, Ilana Mountian e Patrícia Ferreira.

Aos amigos que o Paulo trouxe e que agora são meus também: Yuri Moriyama, pela parceria, Renata Conde, pela doçura e Christian Haritçalde, pelas partilhas; ao Danilo Faizibaioff, pela acidez precisa; à Paula Furlan, que ofereceu identificação, vinho, palavras e sonho nos momentos mais áridos da escrita. Poder estar junto a vocês é incrível! Também à Joana Primo e Iara Pedó que se entusiasmaram e incentivaram o início dessa pesquisa – e que me acolheram ao longo dela – vocês são especiais!

Aos colegas do Laço Analítico, pelos encontros possíveis. Em especial, à Layla Gomes, amiga tão querida e presente, pura poesia e carinho; à Daniela Smid, pelos laços de consultório e de pesquisa e à Alyne Braghetto, que esteve tão junto no início da Pós pandêmica. Agradeço também à Thais Barros, Rafaella Dellevedove e Clara Chamusca que estiveram presentes na construção coletiva do nosso Laço de Investigação: Sujeito e Saúde.

A todos aquelas e aqueles que escutaram e acolheram meus anseios causados pela escrita da dissertação, que compartilharam suas próprias impressões e inseguranças e que tornaram a minha experiência menos incomum.

A Joaquim, Leon, Maria, Serena, Isadora, Stella, Catarina e Clarice, por serem luz no presente e no futuro.

Aos participantes desta pesquisa, que toparam me contar seus sonhos e tantas outras coisas. Aos usuários do CAPSij da Vila e da Derdic que compartilharam comigo recortes de suas vidas em diversos espaços de escuta e que nunca me deixaram esquecer da importância da luta por uma sociedade menos injusta e desigual. Aos meus alunos e supervisionandos, que tanto me ensinam. Aos meus pacientes, que me confiam suas histórias.

"Não nos faltam ideais, faltam-nos subjetivações coletivas. Um ideal é o que incita alguém a encarregar-se dos outros. Uma subjetivação coletiva é o que faz com que todas estas pessoas, juntas, constituam um povo."

Jacques Rancière[1]

"Se sonhamos com uma sociedade menos agressiva, menos injusta, menos violenta, mais humana, o nosso testemunho deve ser o de quem, dizendo não a qualquer possibilidade em face dos fatos, defende a capacidade do ser humano em avaliar, de compreender, de escolher, de decidir e finalmente, de intervir no mundo."

Paulo Freire[2]

---

[1] (2016, documento eletrônico).
[2] (2000, p. 28).

RESUMO

DESENZI SILVA, M. **Escuta dos sonhos como intervenção clínico-política:** uma estratégia pendular de despatologização. 103 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Esta dissertação de mestrado se inscreve no campo das pesquisas-intervenção e foi realizada junto a adolescentes em um CAPS Infantojuvenil da cidade de São Paulo, no decorrer da pandemia da Covid-19. Foram escutados os relatos de sonhos dos adolescentes como uma intervenção que aponta seus movimentos singulares. A proposta visa recuperar o lugar de intervenções desta natureza no cotidiano do cuidado em Saúde Mental que, em meio às práticas burocratizadas e reducionistas de concepção do sofrimento psíquico, acaba por escamotear o saber que se localiza no sujeito. Intentamos demonstrar os efeitos desse tipo da burocratização e do atravessamento social nas relações cotidianas e na manifestação de sofrimento, além de apontar possibilidades de outra modalidade de funcionamento, condizente à proposta política e clínica fundante dos CAPS Infantojuvenis. Foram utilizadas três estratégias metodológicas: nos encontros, uma lista de perguntas disparadoras; para a apresentação dos relatos de sonhos, selecionamos fragmentos clínicos e realizamos a construção do caso clínico-político. A pesquisa comprovou a hipótese de que a escuta dos sonhos se constitui como uma modalidade de acolhimento do sofrimento sociopolítico produzido pela pandemia e pelas relações institucionais e sociais. A intervenção proposta teve uma dupla função: operou como uma estratégia despatologizante de aproximação com os adolescentes e também como método que revela, a um só tempo, a posição subjetiva de cada participante e uma articulação com aquilo que é proveniente da tessitura coletiva. A partir de uma escuta psicanalítica, foi possível recolher os efeitos despatologizantes desses atendimentos, que se converteram em encontros inventivos de produção de cuidado, complementares àqueles oferecidos pela Instituição durante a crise da pandemia da Covid-19.

Palavras-chave: Sofrimento. Adolescência. Psicanálise. Sonhos. Saúde Mental.

ABSTRACT

DESENZI SILVA, M. **Dream listening as a clinical-political intervention:** a pendular depathologizing strategy. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

This Master's thesis is inscribed in the field of research-intervention and was carried out with adolescents in a "CAPS Infantojuvenil" of the city of São Paulo, in the course of Covid -19 pandemic. Adolescents' dreams stories were heard as an intervention that highlights their singular movements. The goal is to retrieve interventions of this nature as a daily protocol in Mental Health care, since the knowledge localized in the subject often tends to be concealed as a result of bureaucratic and reductionist conceptions of psychic suffering. We intend not only to demonstrate the effects of this kind of bureaucratic actions and social traversing upon daily relationships and suffering demonstration, but also to point out possibilities of another functioning mode in conformity with the founding clinical and political proposal established in the "CAPS Infantojuvenil". Three methodological strategies were used: a list of trigger questions during the meetings, selected clinical fragments and a clinical-political case construction for the presentation of the dreams stories. The research has proved the hypothesis that dream listening arises as a modality of sociopolitical suffering accommodation which was produced by the pandemic and by institutional and social relations. The proposed intervention had a dual function: it operated both as a depathologizing strategy of approach with adolescents and as a method that reveals, at one time, the subjective position of each participant and the articulation between the dreams and what comes from the collective weaving. The psychoanalytic listening made it possible to collect the depathologizing effects of these interventions, which were converted into inventive meetings of care production, complementary to those that were offered by the Institution during the crisis of the Covid-19.

Keywords: Suffering. Adolescence. Psychoanalysis. Dreams. Mental Health.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COVID – Coronavirus Disease/Doença do Corona vírus

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EPI – Equipamento de Proteção Individual

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PEC – Proposta de Emenda à Constituição

PFF-2 – Peça Facial Filtrante

PNH – Política Nacional de Humanização

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO **14**
2 INTRODUÇÃO **19**
2.1. A Política Pública de Saúde Mental e o (Não) Lugar do Infantojuvenil **21**
2.1.1. CAPSij: lugar de potência e resistência 24
2.2. Sonhos e Loucura: aproximações possíveis **26**
3 CONSTRUÇÃO E PERCURSO DO MÉTODO **33**
3.1 Pesquisa Multicêntrica como ponto de partida **33**
3.1.1. Os sonhos em extensão 35
3.2. O desvio enquanto método **38**
3.3. Do protocolo ao caso clínico **40**
4 A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO-POLÍTICO **47**
4.1 "Todo mundo sonha": o caso Nanda **47**
4.2 O adolescer enquanto crise **55**
4.3 Sofrer, enlouquecer e (poder) sonhar **62**
4.4 Entre o controle e a liberdade **72**
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: EFEITOS PANDÊMICOS E EFEITOS DE ESCUTA **80**
REFERÊNCIAS **85**
APÊNDICES **97**
Protocolo de Coleta dos Sonhos 97
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE 98
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido TALE 101

1 APRESENTAÇÃO

> "Algumas vezes as mudanças acontecem na marra. Uma guilhotina afiada corta as nossas mãos, e todas as rédeas escapam. É o que pensamos ter acontecido, até que a gente se dá conta de que nunca houve rédeas. Ninguém monta na vida."[3]

Esta não é uma pesquisa sobre sonhos. Parto deste ponto pois, ao longo dos três (pandêmicos) anos de Mestrado, por diversas vezes houve uma certa confusão em relação ao objeto da minha pesquisa. Tampouco diz respeito ao lugar da Saúde Mental Infantojuvenil nas políticas públicas brasileiras e na Reforma Psiquiátrica – ainda que seja neste caldo que a pesquisa emerja e esteja inscrita. Por diversos momentos, indaguei e angustiei-me sobre esse objeto com limites tão pouco discerníveis. Haveria alguma dificuldade de minha parte em circunscrever meu objeto de pesquisa? Talvez. Algumas razões poderiam nos conduzir em direção a possíveis respostas frente a essa pergunta; a principal delas em torno do acontecimento da pandemia da Covid-19, que atropelou o projeto de pesquisa inicial, impactou de forma brutal o cotidiano do serviço de saúde no qual eu estava inserida, intensificou o processo de solidão na escrita da dissertação – tão comum nos relatos de pós-graduandos e tão exacerbado em aulas e reuniões virtuais –, desvelou o projeto de governo genocida em curso e produziu a eclosão de uma série de crises, inclusive as de cunho pessoal. Nesse âmbito, considero importante sublinhar que, quando sou aprovada pela Banca de Qualificação, já não estou mais trabalhando como psicóloga no CAPSij da Vila, instituição participante nesta minha pesquisa de Mestrado.

Esse processo de saída não pode ser minimizado. Foram cinco anos de intenso investimento em escutar o sofrimento atravessado por diferentes contextos vulnerabilizados socialmente, articular toda a prática de um serviço de saúde mental com as produções teóricas reformistas, encampar discussões que politizassem as condutas propostas e enfrentar disputas discursivas em relação ao cuidado em liberdade ofertado a crianças e adolescentes em um serviço substitutivo de Saúde Mental. As demandas listadas se somam a tantas outras, cotidianas, em um equipamento de saúde do SUS, principalmente na forma tal qual os conhecemos mais recentemente: sucateamento

[3] MADEIRA, C. (2014/2021), p. 173

dos serviços de saúde, intensificado pela "PEC da morte"[4]; diferentes OSS *parceiras*[5] da prefeitura de São Paulo, realizando sua gestão – com consequentes formas diferentes de gerenciar o financiamento proveniente do Ministério da Saúde – além de profundamente impactados pelos efeitos da pandemia da Covid-19. Nenhum trabalhador de saúde passou incólume pela pandemia, uma vez que, é possível afirmar sem receio de generalização, os processos de trabalho em todos os serviços de saúde foram intensamente abalados pelo curso da doença na sociedade brasileira. No SUS, as especificidades se viram anuladas e os mais diversos serviços, inseridos em diferentes lógicas hierárquicas de atenção, viram-se mobilizados pela demanda Covid: mudanças drásticas nas rotinas de atendimentos, uso massivo e indiscriminado de EPIs, informações em excesso, alterações diárias em protocolos e fluxos de atenção, remanejamento de profissionais para diferentes funções ou serviços. Como preservar os traços de identidade das práticas psicossociais diante do combo "desmonte e pandemia"?

O CAPSij, antes tão cheio de gente, barulhento com tanta humanidade por entre suas paredes, tornou-se silencioso e hostil. O colorido dos desenhos pregados nas paredes foi retirado devido ao potencial de contágio por superfícies. Trabalhadores preocupados com suas próprias saúdes, com as de seus familiares, perdidos diante da impossibilidade de realizar algum trabalho. Como reinventar práticas de um cuidado tão próximo quando só se era permitido distanciar-se? Foi um desafio que por si só já seria densamente trabalhoso. Mas a quantidade de atravessamentos já listados aqui foi tornando este um trabalho hercúleo. A equipe sofreu e padeceu[6]. Naquele CAPSij (como em outros de que se tem notícia) houve uma enxurrada de adoecimentos, demissões, conflitos e desentendimentos. Também houve uma desassistência *estrutural* pela impossibilidade de se dar conta de tantas demandas sem que houvesse qualquer subsídio da política pública. De certa forma, permanecer ali foi se tornando insustentável.

---

[4] Emenda Constitucional 95, a chamada Emenda da Morte, que determinou o congelamento dos investimentos federais com saúde e educação por vinte anos. Ver: BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

[5] Com viés evidentemente neoliberal, essa parceria se traduz na terceirização da gestão da assistência à saúde pela via das Organizações Sociais – que tem sua estreia no estado paulista no final dos anos 90, através da Lei Complementar n. 846, de 4 de junho de 1998 (PILOTTO; JUNQUEIRA, 2017).

[6] Cito aqui um trecho da Carta Aberta dos Trabalhadores do SUS ao Município de São Paulo, elaborada coletivamente por trabalhadores da Rede de Saúde Municipal em agosto/22, diante da Portaria 333 – que atualiza e institui indicadores de produção aos serviços de saúde: "potencializam o adoecimento de trabalhadores que tiveram seus processos de trabalho, já precarizados, intensificados em decorrência da pandemia" (2022, p. 1).

Como trazido em parágrafos anteriores, essa não é uma pesquisa sobre sonhos, nem sobre a política de Saúde Mental infantojuvenil, tampouco sobre as consequências pandêmicas nas subjetividades dos trabalhadores – muito embora essas dimensões compareçam na elaboração desse escrito; afinal, quem o escreve é uma psicanalista que trabalhou em um serviço de saúde mental infantojuvenil do SUS durante boa parte da pandemia e também da Pós-graduação e, como bem esclarece Diniz (2018, p. 113): "a construção do conhecimento não passa ao largo do que experimentamos ao realizar uma pesquisa".

Esta pesquisa é produto de movimentações e mudanças de tema, objeto, metodologia, objetivos e justificativa. É produto de diferentes momentos da pandemia da Covid-19 e foi atravessada por ela de seu começo a seu fim, sentindo seus impactos até os últimos instantes da escrita – no momento de sua conclusão, o Brasil vive uma eleição presidencial de contornos inéditos e hostis, na qual um amplo projeto democrático enfrenta o obscurantismo e a violência de um candidato autoritário que ainda sustenta uma assustadora porcentagem de votos. É uma pesquisa que nasce no interior de outra, de maior alcance, mas que se desvincula dela e segue seu próprio caminho, diferente daquele imaginado inicialmente pela pesquisadora, como veremos mais à frente. Assim, constituiu-se enquanto uma *intervenção clínico-política, que teve na escuta de relatos de sonhos de adolescentes a oferta de um espaço em que foi possível endereçar não só uma íntima produção singular como também experiências de sofrimento.* Sob uma escuta não orientada pelos signos psicopatológicos, o que pudemos recolher foram efeitos despatologizantes desses atendimentos que se converteram em encontros inventivos de produção de cuidado.

Isto posto, é importante trazermos os rumos que nossa pesquisa foi tomando. Inicialmente, quando do processo de admissão no Mestrado, seu tema percorria as diferentes nomeações da loucura, sociais e psicopatológicas, além de tensionar este fenômeno dentro da própria psicanálise e suas formas de diagnóstico. Passou, ainda no início da pandemia, a ser um desdobramento da pesquisa universitária multicêntrica "A Oniropolítica em Construção em tempos de pandemia" – da qual fizemos parte do time de pesquisadores – que coletou os sonhos de profissionais de saúde e educação durante o período de quarentena experimentado por grande parte dos brasileiros[7]. Na esteira das referências teóricas que orientaram a pesquisa multicêntrica, a investigação deste

[7] O Laboratório Psicanálise, Sociedade e Política produziu dois artigos a partir da pesquisa multicêntrica: "Máquina de moer sonhos": A pandemia e os sonhos das juventudes" e "Despertar": Você me dá seu sonho? Por uma política do despertar".

Mestrado adaptou seu protocolo de coleta[8], conciliou suas especificidades a fim de manter o rigor da pesquisa multicêntrica e de contemplar um público diferente, circunscrito em uma única instituição, os adolescentes usuários do CAPSij. Após o Exame de Qualificação, já em seu terceiro e final ano de trabalho, essa dissertação deixa de ser um desdobramento e atravessa a pesquisa da Oniropolítica: em um giro, ao nos depararmos com o material recolhido nas entrevistas-conversas-atendimentos com os adolescentes, transformamos a primeira pesquisa em ponto de partida e redesenhamos nossa investigação a partir de nossas descobertas.

O caminho que esta dissertação percorre passa por adolescentes, sofrimento psíquico e sociopolítico, pandemia, crises e sonhos. Haverá uma breve e importante contextualização da Saúde Mental Infantojuvenil no campo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que esta foi um tanto negligenciada naquela conjuntura, contribuindo para um difícil processo de desinstitucionalização dos sujeitos com menos de 18 anos. Também será brevemente apresentado o lugar dos sonhos para a Psicanálise[9], já que através deles pudemos acessar os adolescentes participantes da pesquisa, aproximando-os daquilo que se conhece enquanto loucura. Na metodologia, fazemos uma aproximação entre aquela utilizada na pesquisa multicêntrica dos sonhos na pandemia e explicamos os percalços enfrentados quando da submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil, principalmente ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Isto posto, esmiuçamos a nossa escolha metodológica considerando a trajetória própria desta pesquisa. O eixo central deste trabalho é a construção do caso clínico-político de uma adolescente participante da pesquisa, aqui chamada de Fernanda[10], com *o intuito de tensionar formas de cuidado ofertadas pela RAPS e produzir questões* que serão mais bem trabalhadas nos subcapítulos que se seguem. Compartilharemos também alguns de nossos achados de pesquisas: conteúdos, oníricos ou não, trazidos pelos adolescentes além de situarmos com maior rigor as especificidades do caso clínico-político e de nossa pesquisa como uma intervenção clínico-política. Por fim, nas considerações finais, apresentaremos participações inesperadas na pesquisa –

---

[8] Parece contraditório que uma pesquisa em Psicanálise contenha um protocolo já que, como nos alerta Estevão (2021), estes costumam "emperrar a intervenção" do psicanalista (p. 13). Mas essa contradição, uma vez reconhecida, será melhor apresentada e analisada no capítulo sobre a Metodologia.

[9] Pode parecer uma repetição desnecessária revisitar sonhos e parte da história da Reforma Psiquiatra Brasileira. No entanto, esta pesquisa almeja circular por diferentes espaços de estudo e alcançar não só psicanalistas, mas também trabalhadores de saúde de diferentes categorias profissionais. Assim, faz-se fundamental contemplar, ainda que brevemente, pontos que podem se constituir como pontos pacíficos para alguns, mas novidade para outros.

[10] O nome da adolescente foi trocado a fim de preservar sua identidade, assim como de todos os outros participantes envolvidos na pesquisa.

consideradas um efeito da oferta de escuta –, retomaremos questões iniciais e formularemos novas, indicando uma abertura nas construções produzidas nesta pesquisa.

No atual contexto, mais do que em fevereiro de 2020, quando da minha admissão no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP, faz-se necessário o resgate do *sonho da Reforma*. Tomando este movimento como um processo civilizatório, esta pesquisa e seu produto final são prenhes de valores contra hegemônicos em relação a concepção de sofrimento e existência (YASUI, 2010). Diante de um governo de desmonte e destruição dos pilares da Seguridade Social, com destaque à Reforma da Previdência, à já mencionada PEC 95 e à exclusão da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde[11], é fundamental recuperarmos o caráter utópico da Reforma Psiquiátrica, bem como a dimensão sonhada no início dos anos 70: *uma transformação social profunda* (ROTELLI, 1990 apud AMARANTE, 2007, p. 59) *na relação com a loucura enquanto marca radical da alteridade, a defesa intransigente dos direitos humanos e a oferta de um novo paradigma de cuidado em saúde*, considerando a integralidade do sujeito, a promoção de sua autonomia e, sobretudo, tratamento para o sofrimento psíquico em liberdade e no território existencial de cada um. Em suma, nosso intuito é demonstrar, ao longo do texto, como a oferta de escuta dos sonhos possibilitou o resgate dos pressupostos reformistas, principalmente, a escuta da singularidade do sujeito e da complexidade do seu cuidado através de uma estratégia que se contrapõe à patologização dos fenômenos de sofrimento e à universalização de possibilidades de cuidado.

[11] Através do Decreto 11.098/22, o presidente Jair Bolsonaro subordina a Política de Saúde Mental à pasta da Atenção Primária à Saúde, em mais um ato contrarreformista.

2 INTRODUÇÃO

As situações de crise se caracterizam por sua dimensão disruptiva. Os significados encontrados no dicionário estão ligados a momentos de decisão que impactam o curso de uma história – seja ela relacionada a uma doença ou a uma experiência. O termo tem sua origem no grego *krisis,* ruptura entre dois estados, "momento de decisão, de mudança súbita, de separar, decidir, julgar" (ZANDONÁ, 2016, p. 200) e é usado de forma ampla, por diversos campos do conhecimento, da medicina à economia. A pandemia do Coronavírus, enquanto adversidade global, de expressão catastrófica, parece condensar sob seu nome todos os significados possíveis para o termo crise e alcançar as mais diversas esferas da sociedade contemporânea. No entanto, é diante de situações que promovem desestabilizações, cortes e abalos, que podem ser reveladas linhas de continuidade e padrões de repetição nas formas de relação, operadas mudanças, além de produzidos novos arranjos que tornem possível a travessia por este momento. Em relação à crise, há duas possibilidades (e inúmeros desdobramentos), assim como no significado do vocábulo médico – "melhora ou desenlace fatal"[12] –, que só poderão ser verificadas a posteriori, quando forem analisadas as respostas fornecidas a ela.

O fenômeno da crise, seja ela subjetiva ou coletiva, está inscrito em um contexto social. Em se tratando desta pandemia, parece possível afirmar que diferentes projetos, de curto, médio e longo prazos, tiveram que passar por reformulações que comportassem a nova realidade que começava a se impor ainda no final de 2019. Considerando a crise como articulada às condições nas quais é produzida, coloca-se à prova toda a estruturação do mundo capitalista do século XXI, tendo sido avassaladora a reorganização pela qual passaram os mais diversos setores da sociedade tal qual a conhecemos, principalmente em termos socioeconômicos: o mundo assistiu a uma suspensão deste sistema outrora "impossível de desacelerar ou redirecionar" (LATOUR, 2020, documento eletrônico). É neste contexto crítico que emerge parte das questões desta dissertação.

Ainda que a pandemia tenha se tornado um dado cotidiano e de realidade material da maior parte das pessoas do mundo, não parece ainda ser possível mensurar seus efeitos nas manifestações subjetivas a longo prazo. Há quem elucubre inscrições psíquicas típicas das Grandes Guerras, devido a extensão dos acontecimentos a ela ligados, como a recessão econômica e aumento

[12] MICHAELIS, 2021.

expressivo de sintomas relacionados aos ditos transtornos mentais[13]. Os brasileiros, particularmente, viram-se diante de uma sobreposição de crises:

> Imersos em um cenário de polarização social crescente, fomentado por uma arquitetura de destruição que inclui a retórica do ódio, a necropolítica, a perseguição de minorias, a desvalorização do saber da ciência e do estabelecimento de políticas de morte, temos, do início da pandemia para cá, assistido a morte e a violência serem tratadas como estratégia, dando sequência a noção de que, no Brasil, a política instalada segue realmente a lógica da guerra civil (GURSKI, PERRONE, 2021, p. 115).

Diante desta complexa vivência, diversos pesquisadores do campo Psi – Psicanálise, Psicologia e Psiquiatria – dedicaram-se a investigar as consequências da conjuntura distópica, de contorno suicidário[14], em território nacional. Dada toda a pluralidade de temáticas e métodos, é indispensável situar que esta pesquisa aponta para uma compreensão ampliada do sofrimento produzido no contexto pandêmico ao não desvincular as incidências sociais daquelas experienciadas por cada sujeito. Assim, articulamos as marcas singulares ao campo discursivo vigente a fim de dar visibilidade aos efeitos que se produzem nos sujeitos, mas que advém de conflitos no e pelo laço social, na direção oposta de uma individualização de seus impasses e patologização de suas respostas – movimento comum no neoliberalismo (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017).

Tomamos como pilar de nossa base epistemológica a noção de sofrimento sociopolítico, ou seja, o sofrimento que se produz diretamente articulado ao *desamparo discursivo*[15] que sujeitos vulnerabilizados experimentam no laço social (ROSA, 2016). Esta pesquisa tem como objetivo apresentar uma intervenção clínico-política que utilizou como estratégia metodológica a escuta de relatos de sonhos em uma instituição de saúde mental[16] a fim de tensionar o lugar dado a intervenções que apontem movimentos singulares em meio às práticas burocratizadas e reducionistas de concepção do sofrimento psíquico. Através dos sonhos, fazemos uma aposta em um dispositivo de escuta que convoca o sujeito a interrogar os saberes totalizantes a partir daquilo que lhe é próprio, como um traço que comparece no encontro clínico, o qual promove "condições

---

[13] Dados obtidos a partir de relatórios do Banco Mundial e OMS.

[14] Referência a uma fase mais aguda e cruel do neoliberalismo, cunhada por Paul Virilio (SAFATLE, 2021).

[15] Conceito cunhado por Mário Pujó (2000) e retomado por Miriam Debieux Rosa (2002) a fim de alinhavar as dimensões discursivas do campo social e político ao sujeito, viabilizando seu lugar de desamparo.

[16] A práxis clínico-política articula as dimensões socioculturais e política à clínica psicanalítica, considera as incidências sociais na produção do sofrimento e investiga as questões em torno do encontro entre as vicissitudes dos sujeitos nos contextos e práticas nos quais estão inseridos (ROSA, 2016).

para que se possa construir uma trama discursiva numa perspectiva que põe em relevo o saber do sujeito do inconsciente (ROSA, *et al.*, 2021, p. 226)".

Os participantes desta pesquisa são adolescentes acompanhados por um equipamento de saúde mental, posicionados em um lugar à margem da sociedade, na medida em que são atravessados por diferentes marcadores de exclusão social. Para além dos discursos científicos, que tem seu valor em um enquadre específico e arbitrário, interpelar os adolescentes revela a importância desta pesquisa no sentido de produzir diferentes visibilidades em relação aos impactos percebidos e sentidos na reestruturação do cotidiano consequente à pandemia. Este ato tem valor quando realça aquilo que se expressa no discurso do adolescente, firmando e compondo

> um ato de dupla inflexão, ato clínico e ato político. Tem uma dimensão de reconhecimento da palavra e do sujeito e de marcar uma presença coletiva e, nessa dimensão, em tempos de distanciamento, oferece um laço que acolhe e *recolhe a sua palavra como uma transmissão, um testemunho deste tempo* (ibid., p. 229, destaque da autora).

A ênfase que se coloca no que foi trazido pelos participantes revela que há lugar para suas leituras singulares da catástrofe pandêmica. A oferta de escuta dos relatos de sonhos trilha um percurso que intenta ofertar um espaço de resistência à patologização dos processos de sofrimento, uma vez que se dedica a escutar algo que qualquer sujeito pode produzir: *um sonho*. Insere-se, portanto, em um campo que disputa reconhecimento do saber produzido pela experiência e pelo encontro com uma verdade singular.

2.1. A Política Pública de Saúde Mental e o (Não) Lugar do Infantojuvenil

Uma vez que esta pesquisa se realiza em uma instituição pública de Saúde Mental, é importante realizarmos um preâmbulo a fim de localizar o leitor em relação à cronologia das políticas públicas de Saúde Mental, especialmente no que diz respeito à "dívida histórica[17]" deste campo para com crianças e adolescentes – dado que sua especificidade só foi incluída na agenda reformista no início do século XXI[18]. Para tanto, faz-se necessário aludir, ainda que brevemente, ao histórico processo (em curso) da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sem o qual o cuidado em Saúde Mental estaria ainda reduzido e condenado à exclusão da diferença, a um saber único diante da complexidade do sofrimento psíquico e aos espaços fechados de tratamento. A despeito de mais

---

[17] COUTO; DELGADO, 2016, p. 272.

[18] Inclusão avaliada enquanto tardia da saúde mental infantojuvenil já que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se desenha desde os anos 1970 e se consolida enquanto política pública no final dos anos 80, tendo como marcos a fundação do CAPS Itapeva, a Intervenção Anchieta e a promulgação da Lei do SUS (8080/90).

de quarenta anos desde a chegada dos ideais reformistas a solo brasileiro, não se entende como repetitivo retomar seus valores contra hegemônicos, a fim de reiterar um posicionamento ético diante da exacerbação de ideais conservadores e insistentes tentativas de retorno às práticas manicomiais[19] que permeiam nossa sociedade.

Não é intuito desta dissertação que nos debrucemos acerca das disputas em torno dos primórdios reformistas. Todavia, vale sublinhar que, justamente por ter sido em meio à efervescência do processo de redemocratização o período em que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica se consolidaram, não parece acidental que os desdobramentos dessa intensa movimentação política estejam ameaçados justamente quando uma ideologia fascista e as ameaças à democracia tenham se fortalecido. Somente em solo propício, pode germinar e brotar a "ousadia de inventar um outro modo de cuidar...e de construir a saúde como promoção e produção de autonomia, liberdade, como defesa radical da vida" (YASUI, 2016, p. 21). Neste ponto, ainda que entrelaçadas, ambas as reformas se distanciam em seus processos. São marcadas, historicamente, pelo contexto de violência e negação de direitos, mas seus percursos se diferenciam, sobretudo, de forma epistemológica. A Reforma Psiquiátrica, para além de uma reorganização da assistência prestada aos (ditos) portadores de transtornos mentais, busca transformar o paradigma que sustenta tal concepção, rompendo com uma lógica hospitalocêntrica de cuidados e questionando as formas de nomeação e compreensão do sofrimento psíquico. Amplia o campo de conhecimento da psiquiatria e seu interesse pelas doenças mentais para o chamado campo da Saúde Mental, que não se constitui enquanto seu oposto, mas sobretudo como:

> um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie da categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007, p. 19).

Ainda, importante ressaltar que, ao deixar de lado esse olhar que se direciona à doença, num resgate basagliano, abre-se um espaço para o sujeito comparecer com sua complexidade e sua singularidade no existir, viver e sofrer. Em outras palavras, o resgate ao qual nos referimos diz respeito à conhecida intervenção de Franco Basaglia[20], que propõe colocar a doença entre parênteses a fim de produzir uma ruptura com a racionalidade empobrecida da psiquiatria e trazer

---

[19] Há um movimento, relativamente recente, chamado de Contrarreforma, que ataca os principais pilares da RPB através da desqualificação dos conhecimentos produzidos ao longo dos últimos anos e por meio de alterações governamentais na Política Nacional de Saúde Mental (NUNES *et al.*, 2019).

[20] Médico psiquiatra, pioneiro do Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano (Psiquiatria Democrática).

a trama de vida do sujeito para o centro da intervenção. Neste sentido, ao assumir a complexidade do sofrimento psíquico, essa forma de cuidado passa a demandar uma multiplicidade de olhares, técnicos ou não, interessados numa produção multidimensional[21] de intervenções e ações promotoras de saúde, além de um rearranjo institucional que permita comportar essa perspectiva. Mais uma vez aqui se questiona aquilo que seria da ordem do patológico, propondo a superação de um modelo biomédico – hegemônico e verticalizado – na direção de uma escuta que considere a realidade própria do sujeito e sua forma de se posicionar na relação com o Outro.

> Enfim, se com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Os serviços (...) [seriam] como dispositivos estratégicos de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com pessoas e não com doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades (Ibid., p. 69).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira caminha na direção de uma oferta de cuidados que levem em conta a complexidade dos processos saúde-doença, a comunidade no qual o sujeito está inserido, bem como sua liberdade e seu lugar enquanto sujeito de direitos e responsabilidades. Nessa direção, é substancial considerar, também, crianças e adolescentes enquanto *sujeitos por inteiro*[22] para que estes sejam incluídos nos avanços em relação ao campo da Saúde Mental – o que só foi possível a partir de alguns marcos sociais que inscreveram um novo paradigma na concepção de criança e adolescente[23]. Antes disso, o campo da Saúde Mental Infantojuvenil não figurava entre as principais pautas reformistas: muito embora carregue em seu bojo a mudança radical no paradigma de cuidado, esta não foi capaz de ampliar seu olhar às complexidades do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes, a quem faltaram "espaços continentes e de políticas próprias que garantam seu lugar social e a plenitude do direito a um desenvolvimento saudável e protegido" (LYKOROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 88). Nesse hiato de políticas públicas estabelecidas para o

---

[21] A Equipe Multidisciplinar faz parte do Programa Nacional de Humanização do SUS e tem lugar fundamental nos dispositivos de saúde, com o intuito de transversalizar e integrar os olhares e modos de compreender os fenômenos experienciados pelos sujeitos que acessam a rede de atenção à saúde. Constitui-se então como pilar para a efetivação do princípio de Integralidade do SUS, bem como para a ampliação da clínica ofertada nos mais diferentes níveis de atenção.

[22] Marie-Jean Sauret, em conferência denominada "O Infantil e a Estrutura", posiciona a criança como "analisante por inteiro" (p.31), da qual desdobramos a leitura de que a criança e o adolescente podem ser tomados como sujeitos do inconsciente. Assim, eles não estariam ocupando um lugar de assujeitados em relação às subjetividades perspectivadas pelos adultos.

[23] A saber, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança da ONU, em 1989, e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, em 1990 (COUTO; DELGADO, 2015).

cuidado de crianças e adolescentes, a responsabilidade estaria condicionada, sobretudo, a uma compreensão ideológica e moral desses sujeitos – vistos ora como aqueles que demandariam do Estado a proteção e garantias de direitos, representantes do futuro e da esperança; ora seriam potenciais ameaças, assujeitados a intervenções tutelares e corretivas (COUTO; DELGADO, 2015). Levando em conta essas matrizes de leitura do público Infantojuvenil, a atenção ofertada se vinculava a uma

> (...) prática institucionalizante, também histórica, calcada numa lógica higienista e num ideário de proteção que reforçaram o quadro de abandono e exclusão ao qual ficaram submetidas milhares de crianças e adolescentes reclusos no interior de abrigos, educandários e hospitais psiquiátricos em todo o país (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016, p. 33).

A perspectiva destinada à infância e adolescência, portanto, sustentava em suas ações de cuidado uma direção normatizante e padronizada, desconsiderando os atravessamentos que comparecem nesses momentos do desenvolvimento[24]. Na direção de um saber especializado – que se concentra na parte de um todo – perdem-se todos os desdobramentos significativos quando está diante das existências infantojuvenis, dotadas de sua especificidade – relacionada ao singular (ROSA, 2006) – que se condensa nos diversos atravessamentos discursivos aos quais estão submetidos. O início de um percurso que almeja a superação desta lógica demandou uma série de ações que privilegiassem a intersetorialidade enquanto princípio e diretriz da rede assistencial em saúde e a transdisciplinaridade enquanto forma de conceber o sofrimento infantojuvenil, a fim de romper com a especialidade. O lugar que presentificou a possibilidade de ruptura com essa lógica, por conta de sua estrutura e concepção, foi o Centro de Atenção Psicossocial (LEITÃO; AVELLAR, 2020).

2.1.1. CAPSij: lugar de potência e resistência

Os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial – são, dentro da Rede de Atenção Psicossocial[25], dispositivos estratégicos no acolhimento e assistência diária, responsáveis pelo agenciamento do cuidado intersetorial daquele sujeito que sofre, configurando-se enquanto

---

[24] Nossa posição, por psicanalítica, faz-se crítica ao desenvolvimentismo pela atemporalidade própria do inconsciente. No entanto, este termo é usado aqui a fim de evitar a repetição constante dos significantes infância, adolescência e infantojuvenil.

[25] A RAPS foi instituída pela Lei Federal n°3088/2011. Em 2017, recebeu ataques através da Resolução CIT n°32, a qual volta a regulamentar leitos em hospitais psiquiátricos e altera o fluxo dos investimentos na direção desta medida, em detrimento dos serviços da base territorial de atenção à saúde mental no SUS.

importante lugar de alternativa ao modelo segregatório e excludente do manicômio[26]. Isso se dá à medida em que os CAPS são responsáveis pelo ordenamento de uma rede territorial de práticas que se constitua na direção oposta à lógica manicomial. Diferentemente de gerenciar ou administrar, um CAPS deve:

> encarnar, nos confins mais capilares do território, a lógica e a política de atenção psicossocial, articulando serviços, intervindo o mais desinibidamente possível – mas sem nenhuma pretensão de comando – em qualquer instância, por mais privilegiada que seja...ou por mais perigos que se apresente. (...) o CAPS não pode se conceber como "poderoso", mas precisa assumir-se como *potente* (ELIA, 2015, p. 257, destaque da autora).

Sua potência, portanto, reside na possibilidade de sustentar, a partir dos operadores clínicos estabelecidos pela Clínica Ampliada[27], uma lógica outra àquela que reduz sujeitos a suas (dis)funções orgânicas. Isto é, uma lógica de cuidado pautada pela construção coletiva e territorial, sobretudo em meio aberto, garantindo a convivência comunitária com a loucura. O primeiro CAPS destinado ao cuidado de crianças e adolescentes no Brasil foi o CAPSi Pequeno Hans, localizado no Rio de Janeiro e fundado juntamente com sua portaria de regulamentação[28]. De modo geral, o CAPS Infantojuvenil[29] se destina a "acolher...escutar...operar sobre a demanda" (ELIA *et al.*, 2016, p. 211) a fim de fornecer respostas de cuidado articuladas intersetorialmente. É fundamental que o saber de cada criança ou adolescente seja colocado no centro do trabalho de modo ao trabalho do CAPSij se produzir enquanto efeito deste encontro (BAGNOLA, 2016).

No movimento pendular entre a prática e a teoria, trabalhadores e trabalhadoras dos CAPS Infantojuvenil se viram diante de mais um aspecto desafiador na prática antimanicomial: como produzir saúde mental infantojuvenil, de forma territorial, comunitária, aberta e em liberdade ultrapassando o componente disciplinar que incide sobre essas fases da vida e considerando os múltiplos discursos que atravessam os corpos desses sujeitos – muitas vezes não sendo eles os que

---

[26] Orientados pelos princípios da Lei Federal n°10216/2001, tais equipamentos tem sua implementação e funcionamento definidos pela Portaria GM n°336/2002.

[27] A Clínica Ampliada é uma diretriz inscrita na Política Nacional de Humanização e centrada na escuta do sujeito atendido nos serviços de saúde, tomando o caso como singular. Faz aposta nos múltiplos determinantes envolvidos no adoecimento psíquico e põe em relevo o trabalho multidisciplinar a fim de alcançar a complexidade de cada sujeito a ser cuidado (PNH, 2013).

[28] Enquanto o primeiro CAPS adulto já estava em funcionamento havia 15 anos – conforme mencionado em nota de rodapé anterior.

[29] Nomenclatura mais recente, utilizada principalmente no Estado de São Paulo, que busca dar visibilidade também ao público adolescente.

fazem as queixas ou são autorizados a falar sobre seus sofrimentos. Assume-se, então, como diretriz ética e política deste trabalho, tomar as crianças e adolescentes como:

> *sujeitos* – de direito e de responsabilidade – agentes de sua história, capazes de formular, por sua fala, as matrizes de seu sofrimento, mesmo quando seu quadro clínico não permite que apresentem esta possibilidade no momento *atual* do tratamento (ELIA, *et al.*, p. 212).

Levando em conta a intersetorialidade enquanto um princípio que visa afirmar a integralidade do cuidado em saúde mental, principalmente no campo da infância e da adolescência, a noção de rede de serviços, para além da Saúde, faz-se ainda mais necessária e sua construção bastante complexa, de forma a se debruçar sobre a inserção e circulação sobre espaços sociais. A tarefa dos CAPSij consiste, portanto, na articulação dos dispositivos de atenção (UBS, Escola, Conselho Tutelar, Centros de Convivência) e na assistência direta a crianças e adolescentes sob uma:

> (...) lógica da subjetividade [que] contrapõe-se à lógica organicista que entende o sofrimento psíquico como disfunção, desvio do funcionamento biológico da regulação do organismo. No nosso entender, o sujeito é produzido pelo coletivo, pela ordem simbólica que o atravessa e ali está *a priori*. Sujeito e coletivo se engendram mutuamente. (LYKOROPOULOS; PÉCHY, 2016, p. 95).

De forma prática, dentre as estratégias clínicas desenvolvidas nos CAPSij, estão principalmente aquelas compostas por espaços comuns e coletivos, tanto nas dependências do serviço quanto nos espaços extramuros - o que "favorece a socialização dos usuários, facilitando também a expressão e o reconhecimento de suas necessidades e potencialidades" (OLIVEIRA; MIRANDA, 2015). Há lugar também para os atendimentos individuais, que tendem a ser oferecidos nos momentos de crise, para alguma avaliação específica, mas sempre articulados ao Projeto Terapêutico Singular[30]. Sobretudo, as intervenções propostas pela equipe técnica multidisciplinar devem estar atentas às demandas de cada sujeito.

2.2 Sonhos e Loucura: aproximações possíveis

Os sonhos inauguram a Psicanálise e têm um valor central para toda a clínica psicanalítica. Todavia, os sonhos despertam interesse, curiosidade ou fascínio na humanidade muito antes da fundação deste campo. Assim como o enlouquecer, o sonhar foi valorado de maneiras diferentes

---

[30] O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário Ver: Política Nacional de Humanização, Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2007.

de acordo com os diferentes contextos socioculturais. Ao longo da História do dito mundo ocidental, a produção onírica foi compreendida, principalmente, sob um viés do misticismo, como se o sonho fosse uma revelação ou premonição. Seu caráter enigmático impulsionou o interesse das mais diversas áreas do conhecimento humano, desde a Antiguidade:

> As evidências históricas mais antigas sobre a ocorrência de sonhos remontam ao próprio início da civilização. Todas as grandes culturas da Antiguidade apresentam referências ao fenômeno onírico, marcados em cascos de tartaruga, tabletes de barro, paredes de templo ou papiros. Uma das funções mais frequentes atribuídas ao sonho é a de oráculo capaz de desvendar o futuro, determinar presságios, ler a sorte e adivinhar o desígnio dos deuses (RIBEIRO, 2019, p. 21).

No entanto, é a partir da Idade Moderna, com Descartes, que a atividade onírica se viu invalidada pela suposta distância entre o sonho e a realidade material. Juntamente com o desenvolvimento do pensamento positivista (ROUDINESCO; PLON, 1998), na modernidade, surge uma compreensão organicista do sonho, reduzindo-o a um acontecimento puramente neurobiológico, destituído de significado. Foi com Sigmund Freud e sua descoberta do inconsciente como instância que confrontaria a dualidade cartesiana, que os sonhos puderam recuperar seu estatuto de fenômeno humano complexo. Postulou que há sentido e significado no sonho, mas que estes não se relacionam a um saber exterior ao sujeito e sim, estão inscritos na própria subjetividade do sonhador.

> Com a publicação de *A interpretação dos sonhos* em 1900, de Freud, os processos oníricos passaram a receber um novo estatuto. Por trás das imagens absurdas, associações incongruentes, situações, personagens e lugares aparentemente sem sentido, ele descobriria o sentido dos sonhos, a lógica do desejo inconsciente...Freud retirou o desejo das brumas do inefável, do incognoscível e o devolveu às tramas das experiências contingentes da vida de um sujeito (DUNKER *et al*., 2021, p. 14).

Nesta obra, que marca a entrada no século XX, Freud faz uma diferenciação entre as interpretações de sonho que vinham sendo realizadas de forma leiga – ou mística – passando a remetê-las a um método de interpretação que inclui o próprio sonhador e o "encadeamento"[31] de seu trabalho psíquico. Assim, estabelece uma crítica às formas de interpretar os sonhos que não consideram as associações do sonhador – ele insiste que o significado do sonho pode ser decifrado a partir de seu método científico:

> ...se aplicarmos o método da interpretação dos sonhos aqui apresentado, descobriremos que o sonho tem realmente um sentido e que de maneira nenhuma é expressão de uma atividade cerebral fragmentada, como querem os estudiosos. *Após completar o trabalho de interpretação, percebemos que o sonho é a realização de um desejo* (FREUD, 1900/2019, p. 154).

[31] Cf. FREUD, 1900/2019, p. 127.

Fundamentalmente, o legado freudiano considera o sonho como a via régia de acesso ao "reservatório de paixões libidinais que é o inconsciente", juntamente com os sintomas, chistes, lapsos e atos falhos (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 723). Birman (2012) define, de partida, que "o sonhar é uma experiência psíquica regular, que se tece numa relação bem estabelecida entre os registros do espaço e do tempo" (p. 12) além de delinear "uma outra ordem possível para a experiência humana" (p. 13). É neste ponto, sobretudo, que se ressalta a lógica própria do inconsciente, "nalguma coisa verdadeiramente singular" (LACAN, 1954/2009, p. 64). Em suma, constitui-se enquanto narrativa, remetendo tanto à sua posição subjetiva e sua maneira de estar no laço social, quanto àquilo que atravessa a sua realidade factual – ainda com Lacan (1953/2009), "o que em questão é a subjetividade do sujeito, nos seus desejos, na sua relação com seu meio, com os outros, com a própria vida" (p.10).

Em um movimento habitual, Freud revisita a máxima sustentada n'*A Interpretação* quando, a partir da clínica se depara com o sofrimento que se produzia no pós-Primeira Guerra Mundial. Chamou de neuroses de guerra as afecções traumáticas que afetavam principalmente os soldados que voltavam dos campos de batalha, empobrecidos na possibilidade de narrar aquilo que viveram (BENJAMIN, 2002 apud IANNINI; SANTIAGO, 2020), a não ser via a angustiante repetição presente nos sonhos traumáticos – como poderiam tais formações oníricas serem realizações de desejo? A teoria pulsional freudiana então passa por uma reformulação com a noção de pulsão de morte em 1920[32]:

> Quando se depara com a compulsão à repetição, que solapa o princípio do prazer, Freud observa que o psiquismo tem a tarefa de submeter a compulsão à repetição, que caracteriza o processo primário, à dominância do princípio do prazer, mas pode representar uma tentativa de submeter ao princípio do prazer a memória de uma experiência malvinda e desestruturante (RUDGE, 2016, p. 605).

Assim, aos sonhos é atribuída uma nova tarefa, condizente com seu papel de guardião do sono, a saber, poder elaborar um evento traumático através de uma mudança de posição: como na brincadeira do Fort-Da[33], de uma posição de passividade em relação à contingência, o sujeito passa à atividade; a criança controla o afastamento e o retorno do carretel assim como o sonhador organiza, a partir de sua própria fantasia, os elementos componentes do sonho (RUDGE, 2016).

---

[32] Ver: Além do Princípio do Prazer (FREUD, 1920/2010).

[33] Jogo descrito por Freud, a partir da observação de uma brincadeira feita por seu neto, de forma a simbolizar a ausência materna. Ver: Além do Princípio do Prazer (FREUD, 1920/2010, p. 172).

Portanto, além de ser a realização disfarçada de um desejo, o sonho tem também a tarefa de proteger o aparelho psíquico de um excesso, repetindo a cena traumática com vias a sua elaboração, ligação e domesticação. Repete-se a mesma cena na tentativa de dar um fim diferente a ela.

Até aqui, trouxemos uma perspectiva que toma o sonho em sua vertente histórica, enquanto a expressão máxima da subjetividade. Contudo, tanto Freud quanto Lacan recusam um olhar para o sujeito que não considere o atravessamento sociocultural da linguagem. O primeiro, logo no primeiro parágrafo de *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, escreve: "a psicologia individual é também, de início, simultaneamente psicologia social" (p. 137), posicionando o indivíduo e o social *pendularmente* em relação:

> A dimensão clínica – objeto preferencial e privilegiado de boa parte do edifício conceitual psicanalítico – não se reduz ao psiquismo individual, como também pelos fenômenos sociais e institucionais não são abordados sem levar em conta o funcionamento psíquico do sujeito (IANNINI; SANTIAGO, 2020, p. 44).

Para a psicanálise, ainda que lancemos luz sobre um aspecto individual, ele nunca se reduz apenas a essa dimensão, uma vez que o sujeito psicanalítico se diferencia de forma radical do indivíduo cartesiano e neoliberal justamente por contemplar o inconsciente – instância incansável e impossível de se apreender de forma total. Por isto, a concepção solipsista do sujeito não se sustenta: ainda que o sonhador sonhe apenas consigo mesmo, isto se dá a partir das experiências que vivenciou com as pessoas significativas da sua história; além disso, sonha em uma linguagem que o antecede, determinada, estruturada desde fora e antes de sua inscrição como sujeito, junto à qual o inconsciente se manifesta. Segundo Lacan (1953/1998), é justamente a introdução da descoberta freudiana do inconsciente, como um terceiro termo que aponta para a indissociabilidade entre o que é social e o que é subjetivo:

> O inconsciente é parte do discurso concreto como *transindividual*, que falta à disposição do sujeito para restabelecer a continuidade do seu discurso consciente. Assim desaparece o paradoxo apresentado pela noção de inconsciente, se a relacionarmos com uma realidade individual (p. 260).

No prefácio do inspirador livro de Charlotte Beradt, Christian Dunker classifica o sonho como "experiência intervalar entre o individual e o coletivo, entre o público e o privado" (2017, p. 17), assim como a loucura. Parafraseando-o, mas inserindo o nosso significante de interesse, *tanto o sonhar quanto o enlouquecer* são experiências *pendulares* entre o público e o privado, o coletivo e o individual. Escancaram uma realidade altamente singular, que foi forjada a partir de uma tecitura de relações sociais, e que é regida por certa gramática própria, como uma linguagem. Na

esteira desta aproximação, o autor classifica o sonhar e o enlouquecer como formas de tratamento do real:

> Se a forma como sonhamos é a maneira como tratamos o real da política com nossas próprias divisões subjetivas, a forma como enlouquecemos é o modo como tratamos politicamente o real de nossa divisão subjetiva (*idem.*)

Tal jogo com a interrelação significante permite pensar neste suave movimento pendular entre subjetivo e público, destacando que os dois âmbitos não se dissociam do real. Partimos então de certa vizinhança entre os fenômenos, mas que não é inédita: em um dos capítulos d'*A Interpretação dos Sonhos*, Freud se dedica a tecer relações entre sonho e psicose/doenças mentais que se expressam "numa concordância ampla entre suas manifestações" (1900/2019, p. 121). O sonhador se comporta frente às alucinações oníricas, tal qual um psicótico frente ao próprio delírio, com a diferença que uma está dormindo, com a motilidade reduzida, enquanto o outro está em vigília. Nesta direção, tanto no sonho quanto na loucura há uma aparente suspensão da razão e da lógica. Sua desvalorização e repúdio pela sociedade têm raízes na importância que um aspecto da razão ganhou com o advento da modernidade e seu estado atual na forma de neoliberalismo. A famigerada razão instrumental, olhou e olha para tais fenômenos com desprezo, em um movimento que tenta enquadrá-los como destituídos de qualquer sentido, que não seja aqueles determinados pela visão reducionista da biologia. Assim, ao longo de nossa pesquisa, encontramos, em diversos textos e autores, os mesmos significantes para falar sobre o enlouquecer e o sonho: *enigma, deformidade de conteúdo, revelação oracular, desrazão, ilógico, ruptura com a realidade*, ou ainda, *objeto de intervenção psicológica*.

A loucura, assim como o sonho, já foi objeto de diversas interpretações que se relacionam ao momento histórico em que se inscrevem. Também suas diferentes nomeações têm a ver com o modo como uma sociedade compreende os desvios de norma e como busca lhe dar um lugar, cuidado e tratamento. Na lógica das diferentes nomeações que se articulam aos contextos sociopolíticos, os transtornos mentais, sob a égide do diagnóstico psiquiátrico, costumam se referir aos complexos fenômenos de enlouquecer e do sofrimento psíquico. Roudinesco e Plon (1998) sublinham que, no momento em que a desrazão se inscreveu "na ordem da doença, o sonho foi relegado à categoria de puro produto da atividade cerebral" (p. 723).

Nas últimas décadas, na esteira das alterações em relação ao DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) – que passaram a desconsiderar a incidência relacional e psicodinâmica na produção dos ditos transtornos mentais – o sonho deixa de (ou volta a não)

admitir ter sentido enquanto mensagem inconsciente e passa a ser apenas constituído por "fragmentos de memória montados ao acaso" que ocorrem em decorrência de uma "ativação aleatória de neurônios no córtex cerebral", com o objetivo de evitar a saturação deste sistema na formação e armazenamento de memórias – a depender de sua relevância (RIBEIRO, 2019, p. 34). No entanto, ainda que o fenômeno onírico e a loucura possam ter efeitos somáticos, recusamos a separação cartesiana entre mente e corpo, justamente por entrever toda a complexidade simbólica das experiências narradas sobre os sonhos e o sofrimento.

Embora seja importante a discussão que se constrói em torno das relações de poder e ideologia envolvidas na criação dos diagnósticos psiquiátricos, ela não é foco de nossa investigação. A partir do que pudemos expor acima, vale sublinhar a força com que o discurso médico engendra as subjetividades estabelecendo, na contemporaneidade, um estatuto biologicista aos complexos fenômenos psíquicos – que planifica o debate e invisibiliza as linhas de força que se fazem presentes em sua estrutura. Como conseguinte, tem-se a individualização dos impasses do sujeito por meio da patologização de sua experiência (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017, p. 365). Por *experiência*, utilizamos aqui a conceituação benjaminiana (Erfharung) como aquilo vivido pelo sujeito e que é dotado de significação e sentido e que porta sua verdade. Busca-se diferenciar-se de *vivência* (Erleinbnis), que se constitui enquanto o vivido de forma empobrecida em relação à cultura e à linguagem.

Benjamin defende o argumento de que, no advento da ciência moderna, o valor social conquistado pelo experimento científico reduz e esvazia o compartilhar, aproximando-o da vivência, principalmente naquilo que é transmitido via conhecimento (ROSA; POLI, 2009) – o que acontece na contemporaneidade em relação às críticas dirigidas às produções das ciências humanas. Quando, utilizando-se de um diagnóstico psiquiátrico, reduz-se o sofrer e o enlouquecer à uma vivência, desconsidera-se a multiplicidade que compõe essas experiências. Ressaltamos, então, que, em nosso trabalho, trilharemos um percurso no sentido de "garantir o lugar do sujeito dividido do inconsciente diante do Eu racional, submetido a operações universalistas e abertos a *preceitos morais*" (PERRONE; GURSKI, 2020, p. 75), pois ao admitir a indissociabilidade entre as dimensões coletiva e singular não se propõe a exclui-las tampouco sobrepô-las.

Logo no título, nossa pesquisa traz a imagem do *pêndulo*, que nos acompanhará ao longo da escrita. Trata-se de um instrumento, um corpo que pende, que "oscila livremente num movimento" (MICHAELIS, 2021, documento eletrônico) ligado principalmente ao campo da

física, mas que também se constitui como item quase indispensável em uma sessão caricata de hipnose. Ora, por que estaríamos evocando uma imagem de um tempo anterior à psicanálise em uma dissertação eminentemente psicanalítica? Freud abandona o pêndulo como representação do método da hipnose anos antes de inaugurar o método psicanalítico com *Die Traumdeutung*, obra fundamental para todo e qualquer psicanalista, principalmente em uma pesquisa como esta. Num resgate chistoso, propomos a utilização do pêndulo como um objeto que transita e atravessa os diferentes espaços e não mais como como um instrumento que se relaciona à sugestão própria da hipnose. Pendular seria um movimento oscilante que sofre ação de forças diversas, contudo não se fixa em nenhum ponto. Assim, tal imagem nos auxilia na sustentação de um debate que se propõe a rejeitar divisões infrutíferas e que produzem dicotomias empobrecedoras: Individual X Coletivo, Biológico X Psíquico, Social X Orgânico, Geral X Particular, Normal X Patológico. A discussão dual cartesiana pouco nos interessa, justamente por solapar a experiência subjetiva e, ao valorizar a dimensão da consciência, desconsidera o principal objeto da Psicanálise, o inconsciente. Nossa proposta pendular é a de que possamos tensionar e complexificar os elementos que se colocam em disputa, estabelecendo relações.

3 CONSTRUÇÃO E PERCURSO DO MÉTODO

3.1 Pesquisa Multicêntrica como ponto de partida

O trabalho de psicanalistas[34] em torno da chamada Oniropolítica se inicia pouco tempo antes da eclosão da pandemia global do Coronavírus, no contexto do avanço de políticas neoliberais, do fortalecimento de discursos de ódio e do enfraquecimento das políticas públicas. Esta proposta consiste na "redefinição de nossas formas de desejar" e se inclina a uma "restauração da nossa capacidade de sonhar, de olhar para o lado e de coabitar várias temporalidades contraditórias" (DUNKER, 2019, documento eletrônico). Recusa, a partir de um posicionamento ético-político, a desarticulação entre o psicanalista e os atravessamentos político-sociais ao tomar não só a ação de sonhar, como os relatos de sonho, a partir de sua função coletiva, como uma possibilidade de romper com a lógica discursiva totalitária que vem se consolidando na contemporaneidade (DUNKER *et al.*, 2021). É com limites pouco definidos que esse trabalho traz o advérbio "em construção" – que remete à sua dimensão coletiva e parcial. A fim de ofertar um lugar de relevo à experiência do sujeito frente os atravessamentos sócio-políticos e culturais, compreende o funcionamento do sonho como

> radar capaz de apreender com mais agudeza aquilo que parece recalcado ou não dito em nossa experiência social compartilhada. Os sonhos ressoam e testemunham a forma como a falta de sentido experimentada na vida social ordinária é tratada pela falta de sentido nos sonhos, cumprindo uma função protetora ainda que desagradável, e de elaboração de algo que escapa às nossas representações (Idem, p. 16).

Diante de um acontecimento com a marca "insofismável da complexidade" (BIRMAN, 2021, p. 11) como a pandemia global do Coronavírus, a vida onírica sofre evidentes abalos – os quais foram sendo percebidos pelos sujeitos, compartilhados em suas redes sociais e escutados por psicanalistas. Partindo dessa escuta e enlaçados à Oniropolítica, foi desenvolvida a pesquisa multicêntrica intitulada "Sonhos Confinados" com o objetivo de coligir produções oníricas dos trabalhadores da saúde e educação – dois campos que se viram ainda mais drasticamente afetados pelas mudanças impostas pelas regras sanitárias e de restrição de circulação. Os grupos de pesquisa estavam vinculados à USP, UNIFESP, UFMG, UFRGS e UFRN e envolveram pesquisadores dos mais diversos níveis acadêmicos. Parte do material coletado, suas hipóteses e efeitos foram

[34] Organizados em grupos vinculados à USP e UFRGS. É importante ressaltar que vários outros grupos de psicanalistas recorreram aos sonhos como recurso de escuta psicossocial, ainda que não estejam contemplados ou mencionados nesta dissertação.

publicizados em uma edição da revista Cult ("Sonhos Aprisionados") e no livro "Sonhos Confinados: o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia", ambos lançados em 2021[35].

Foram utilizados diversos métodos de leituras do material recolhido a partir das linhas de investigação, próprias de cada laboratório. Em nosso grupo de pesquisa, o PSOPOL – Psicanálise, Sociedade e Política – tomamos os sonhos contados pelos profissionais de saúde e educação como narrativas interpretantes que articulariam, a um só tempo, posição subjetiva e possibilidades de laço social. Nosso intuito era o de

> criar um campo de endereçamento ao (à) sonhador(a)...tornando possível compartilhar as vivências de um momento traumático com outros e, nesse ato, produzir enlaçamentos que criam trilhas para a travessia (ROSA *et.al*., 2021, p. 225)

O pilar metodológico das pesquisas circunscritas em nosso Laboratório são as intervenções clínico-políticas, isto é, a prática da escuta psicanalítica que busca articular as questões singulares do sujeito bem como suas modalidades de laço social, atravessadas pelas incidências sociais, culturais e políticas (ROSA, 2006). Esta pesquisa, portanto, está situada no campo da pesquisa-intervenção orientada pela ética psicanalítica e possibilita que os sujeitos participantes possam encontrar suas próprias palavras para dizer da superposição das diversas crises que atravessam suas vivências.

Por estar inserida no campo da pesquisa-intervenção, a relação que se estabeleceu entre pesquisadora e objeto de pesquisa era bastante próxima e cotidiana, uma vez que, para além do lugar acadêmico, ela era, principalmente, membro integrante da equipe multidisciplinar do CAPSij participante. Seguindo por um caminho já familiar por tantos outros pesquisadores e psicanalistas, utilizamo-nos de um modelo de apresentação *mais do que tendenciosa* de nossa metodologia tal como Figueiredo (1997) detalha ao trabalhar todo o processo de sua pesquisa em serviços ambulatoriais da rede de saúde metal do estado do Rio de Janeiro. Ali, ela busca definir seu método como:

> (...) 'participação observante' [expressão] de Eunice Durham em sua crítica bem humorada à tendenciosidade das pesquisas antropológicas que "resvalam para a militância" (Durham, 1986, p.27). Ao me propor conviver e conversar com um meio tão familiar, entrego-me à possibilidade de estranhá-lo, mas não abro mão da militância, da crença que aponta para o desejo de afirmar a psicanálise (p. 36).

[35] Ver: "Sonhos confinados: o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia?" e "Dossiê: Sonhos Aprisionados", da Revista CULT.

Reconhecemos esse termo como um dos aspectos de nossa pesquisa, sobretudo no que diz respeito ao lugar ocupado pela pesquisadora nos processos de trabalho institucionais e na construção teórica a partir, não só dos relatos dos sonhos dos participantes, mas também das elaborações recolhidas desde este pretexto temático. Assim, reinserindo a dimensão subjetiva da experiência na pesquisa científica, mantemo-nos na trilha das pesquisas psicanalíticas, as quais subvertem os pressupostos cientificistas e conferem lugar ao saber inconsciente, cumprimos a função ético-política que nos cabe de articular nossa produção acadêmica com a urgência dos efeitos da pandemia enquanto questão social (PERRONE; GURSKI, 2021).

3.1.1. Os sonhos em extensão

Como parte do trabalho desenvolvido nesta linha de pesquisa, a proposta inicial deste Mestrado consistia em um desdobramento da pesquisa multicêntrica "Sonhos confinados em tempos de pandemia", com o intuito de realizar uma investigação que encontraria nos sonhos a um só tempo sua interpretação, sempre singular, e uma metodologia de pesquisa a ser sustentada. Por sua inscrição no campo das pesquisas em Psicanálise – que não compreende que haja uma separação radical entre o sujeito-pesquisador e seu objeto de pesquisa – optou-se pela alteração do público convidado para compartilhar seus sonhos: a interpelação pelos sonhos foi realizada com adolescentes que frequentavam um serviço de saúde mental do SUS, no qual a pesquisadora exerce um cargo de psicóloga componente de equipe técnica. Essa posição dupla, psicóloga/psicanalista e pesquisadora, tem implicações diretas no campo transferencial, além de revelar um encontro entre dois espaços em que a Psicanálise se faz presente via sua transmissão: a Universidade e a Instituição de Saúde. A aproximação entre eles é tarefa trabalhosa e sustenta as tensões do contato entre teoria e prática clínica, fundamental para a práxis psicanalítica desde Freud.

A pesquisa foi realizada em um CAPS Infantojuvenil, localizado na Zona Norte da cidade de São Paulo. Este é um equipamento público da Secretaria Municipal de Saúde e compõe Rede de Atenção Psicossocial. Sua gestão é realizada através de contratos de gestão estabelecidos com uma empresa de terceiro setor, no âmbito das Organizações Sociais de Saúde (OSS). A Secretaria Municipal de Saúde determina as diretrizes de funcionamento dos serviços gerenciados pelas OSS e os fiscaliza através de relatórios enviados mensalmente ao setor público responsável[36]. Ao ser

[36] A administração de serviços públicos de saúde pelas OSS é um contrassenso quando se considera o caráter anticapitalista da Constituição Brasileira (que postula a saúde como direito de todos e dever do Estado). Isto porque a entrada dessa forma gerencial se funda na ideologia neoliberal de Estado mínimo e ganha terreno no campo da saúde brasileira em um movimento de Contrarreforma, na direção de uma privatização e terceirização dos equipamentos

proposta a realização da pesquisa em um serviço desta natureza, recebemos a orientação de seguir as diretrizes da SMS para submissão ao Comitê de Ética[37], via Plataforma Brasil. A submissão teve seu início em julho de 2020 e sua autorização final apenas em dezembro deste mesmo ano. Este processo nos impeliu a uma adaptação dos termos da pesquisa, tais como protocolo, coleta de dados, etc., para que pudesse ser aceita depois de quatro pareceres. Nossa pesquisa, portanto, possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – SMS e USP – sob o protocolo CAAE 36262320.0.3001.0086.

Contou com a participação treze adolescentes frequentadores do referido CAPSij, com idades entre 12 e 18 anos, de ambos os sexos biológicos entre os meses de fevereiro e outubro de 2021, durante o segundo ano de pandemia[38]. Realizamos o convite a mais de vinte adolescentes, por meio de ligações telefônicas ou durante suas idas ao equipamento, mas, por diferentes razões que variam desde faltas injustificadas nos atendimentos combinados à ausência de autorização dos pais para a participação, pudemos contar com o número de participantes acima. Quando aprovado o projeto de pesquisa pelo CEP-SMS, houve a apresentação da pesquisa aos profissionais da equipe multiprofissional do CAPSij e esclarecimento de algumas dúvidas sobre os objetivos e a estrutura do trabalho. O único critério pré-estabelecido para o endereçamento do convite aos usuários era ser adolescente[39]. Os usuários foram indicados pelos profissionais de referência[40] e o convite para participação poderia ser feito tanto pela pesquisadora quanto pela própria referência.

Foram ofertadas duas modalidades de espaços para a participação, de modo que a escolha ficou a cargo do usuário ou de sua família: via teleatendimento ou via atendimento individual no próprio CAPSij – estando de acordo com a orientação da Secretaria Municipal de Saúde[41], vigente naquele momento. Ao ser articulado juntamente com o profissional de referência e o usuário, o

---

públicos de saúde. Para mais informações sobre essa discussão, ver: SOARES, G.B.; BORGES, F.T., SANTOS, R.R. *et al*., Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest. Saúde** (Brasília) Vol.7, N°.02, Ano 2016. p 828-850.

[37] As orientações para submissão de projetos de pesquisa a serem realizados no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo encontram-se em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/.

[38] Ainda que o projeto tenha sido elaborado entre os meses de junho e julho de 2020, não foi possível iniciá-lo prontamente devido ao moroso processo de avaliação da Plataforma Brasil. Este ponto será melhor comentado mais à frente.

[39] Encontrar-se na faixa etária compreendida entre os doze e os dezoito anos completos – segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), vigente em território brasileiro desde 1990.

[40] Profissional (ou equipe) de referência designa o(s) técnico(s) do CAPSij que está mais próximo do cuidado de determinado usuário. Tem a responsabilidade de articular, juntamente com o usuário e sua família, o Projeto Terapêutico Singular, sendo quem tem maior contato com a sua história de vida, seu processo de sofrimento, seu percurso pela rede intersetorial e seus objetivos terapêuticos (BRASIL, 2004).

[41] Portaria SMS N°260 de 18/06/2020.

espaço para contar os sonhos, aberto por esta pesquisa, despontou – e essa será nossa fundamentação, a qual aprofundaremos posteriormente – como um espaço de cuidado complementar àqueles já existentes no cotidiano da instituição, compondo o Projeto Terapêutico Singular[42].

Quando apresentada a pesquisa, no atendimento marcado, eram introduzidos os Termos de Consentimento, destinado aos responsáveis, e Assentimento, destinado aos adolescentes, para que eles pudessem ter autonomia diante da escolha pela participação[43] (anexos 7.2 e 7.3) – em todos os casos, a escuta dos relatos de sonhos se deu em seguida ao preenchimento dos termos mencionados. Não havia estabelecimento prévio de tempo de duração da entrevista, aproximando-se do tempo de duração de um atendimento individual no CAPSij, a saber de 30 minutos a uma hora. Foi elaborada uma lista de perguntas, chamada de "Protocolo de Coleta dos Sonhos" (anexo 7.1), a partir do protocolo utilizado na pesquisa multicêntrica, mas com adaptação das questões, considerando a mudança de faixa etária, a linguagem e os aspectos que se desejava observar.

Em se tratando do recorte desta pesquisa de Mestrado, esse questionário foi elaborado a fim de se constituir como um disparador para os encontros com os adolescentes. Para além dos dados que parametrizam os participantes em relação a sua idade, gênero e raça, este instrumento consistiu em um norteador de perguntas comuns, mas não como um limitador diante das questões que pudessem comparecer; com frequência, novas perguntas ou comentários eram introduzidos pela pesquisadora a partir do que era dito pelo participante. O terreno comum onde se ergueram as perguntas é o contexto pandêmico, com o interesse direcionado às alterações nas vidas desses adolescentes, tanto no âmbito de sua circulação por diferentes (ou mesmos) espaços, quanto nos efeitos percebidos por eles em suas relações com os outros de seu convívio, com elementos cotidianos e em seus sonhos – fossem eles noturnos ou em vigília. Ainda, foram inseridas perguntas que tocam o enquadre específico desta pesquisa e buscam apreender informações sobre a inserção destes adolescentes no equipamento de saúde mental.

---

[42] O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário Ver: Política Nacional de Humanização, Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2007.

[43] Os Termos de Consentimento e Assentimento foram elaborados a partir de orientações éticas e bibliográficas, atendendo à Resolução n°466/12 do CONEP.

Durante os atendimentos, a pesquisadora principal foi a responsável pela anotação de respostas e comentários dos adolescentes frente às questões trazidas, mantendo-se fiel aos significantes utilizados por eles, seus momentos de pausa, silêncios, interrogações, ou quaisquer outras possíveis reações. Como uma possibilidade de se garantir o acolhimento de eventuais demandas de fala e o cuidado dos efeitos da pesquisa – que também leva em conta a eventualidade de risco de sofrimento em decorrência desta intervenção, ainda que não tenham sido previstos prejuízos à participação – disponibilizaram-se mais atendimentos, para que os adolescentes pudessem seguir contando sonhos ou pudessem falar sobre os afetos despertados ao narrarem suas vivências oníricas e pandêmicas. Nos casos em que os adolescentes solicitaram mais atendimentos, o protocolo não foi repetido.

3.2. O desvio enquanto método

"O inconsciente nunca acerta tanto quanto ao errar."[44]

Depois de realizadas todas as entrevistas com os adolescentes, algumas delas com atendimentos subsequentes, deparamo-nos com um material muito interessante e que extrapolava não só as perguntas que foram feitas a partir do protocolo, mas também aquilo que se esperava encontrar. Na ocasião em que iniciamos a leitura dos relatos dos sonhos dos adolescentes participantes, já havia sido encerrada a primeira e principal etapa da pesquisa multicêntrica e publicados alguns artigos decorrentes de seus resultados. *A hipótese inicial desta pesquisa de Mestrado era que encontraríamos, nos sonhos escutados no CAPSij, uma série de elementos oníricos comuns, de imagens a sentimentos e que estes, de alguma forma, apontariam em direção aos efeitos da pandemia global do Coronavírus* – de forma semelhante aos resultados colhidos anteriormente na outra pesquisa. O nosso interesse é pelo sonho como um fenômeno capaz de apontar e localizar algo da dimensão social e coletiva na produção mais singular de cada um.

Em alguns sonhos relatados pelos adolescentes, de fato, pudemos localizar conteúdos encontrados também na pesquisa da Oniropolítica, como a referência a acontecimentos apocalípticos e ameaças:

"Era um apocalipse...rs...apocalipse zumbi? sei lá, não lembro qual bicho era, era estranho. Eu via um monte de gente que eu conhecia, acontecia na escola, tinha meus colegas, eu via um monte

[44] LACAN, J. (1971/2012, p. 17).

de gente que eu conhecia morrendo e, por ironia do destino, eu era o único sobrevivente. Aí no final tinha um cérebro gigante, esquisito, que eu conseguia derrotar ele e acabava o apocalipse só que só tinha eu. O outro [sonho] era parecido, mas com ambientes diferentes da escola, mas não morria tanta gente, não sobrava só eu."

"Eu sonhei hoje com meu pai...tava numa casa assim aí um bicho vinha me pegar (...). Era um bicho que queria me pegar pra me assustar."

Contudo, essa convergência entre temáticas não se apresentou de forma consistente com nossa expectativa. O que pudemos escutar, a partir da proposta da escuta dos sonhos, foi *mais além* do que o material latente que fizesse menção à pandemia: escutamos diversos relatos sobre os efeitos cotidianos desse acontecimento, bem como uma série de sofrimentos outros, condizentes com os atravessamentos singulares e socioculturais da maior parte dos usuários que frequentam os serviços de saúde do SUS, desde as crises produzidas na/pela adolescência, a escassez de espaços produtores de saúde mental na rede, o enfraquecimento de políticas públicas como um todo e sua consequente dificuldade de acesso a direitos básicos como lazer, cultura e educação. Ainda, considerando a inserção deste público em um CAPSij, em seu discurso pudemos depreender o processo de medicalização de suas angústias, de seus impasses, de seus questionamentos, de suas formas de lidar com os outros e, eventualmente, de seu lugar ocupado na pólis. Em outras palavras, o que se presentificou nos relatos foram sofrimentos produzidos em uma realidade material capitalista que a pandemia não transformou, apenas ressaltou de forma ainda mais brutal.

Não é incomum que uma pesquisa apresente resultados distintos daqueles elaborados enquanto hipótese inicial. Principalmente, em uma pesquisa orientada pela Psicanálise, ciência epistemologicamente peculiar, não seria possível retirar de cena quaisquer outras falas e contribuições que os sujeitos-participantes quisessem trazer para os atendimentos. Consideramos que houve questões produzidas em nossas hipóteses iniciais e nos dispusemos a revisitá-las. Sustentamos uma "atitude realmente científica"[45], sobretudo freudiana, de abertura ao que se produziu nas entrelinhas do material manifesto a fim de nos dedicarmos a repensar nosso método de análise a partir do que recolhemos da clínica:

[45] PINTO, 2018, p. 63.

> estamos sempre dispostos, tanto antes quanto agora, a admitir a incompletude do nosso conhecimento, a aprender coisas novas e mudar em nosso procedimento aquilo que pode ser substituído por algo melhor. (FREUD, 1919 [1918], p. 191)

Consideramos que fomos surpreendidas, então, pelos *resultados* de nosso convite feito aos adolescentes do CAPSij tanto pelo escasso conteúdo esperado quanto pelo efeito que se produziu no ambiente institucional. Essa surpresa nos movimentou em direção a um desvio de rota, uma vez que a escuta dos relatos dos sonhos se constituiu como uma oportunidade de escutar os adolescentes daquele CAPSij de um lugar outro em relação ao que vinha sendo ofertado como cuidado – especialmente no contexto pandêmico. No sentido das limitadas intervenções que vinham sendo propostas institucionalmente naquele território, escutar sonhos[46], em si, já foi um ato desviante. Desvio ao oferecer um espaço de fala ao qual pudesse ser endereçado o sofrimento para além dos diagnósticos, aspectos psicopatológicos ou medicações. Desvio do qual não nos retiramos, justamente porque ele opera enquanto método fundamental na medida em que estabelece uma ruptura com qualquer linearidade suposta a priori (PERRONE; GURSKI, 2018, p. 73). Estabelecemos então, nesta dissertação, *o sonho como método* de aproximação e *estratégia* de construção de um dispositivo não patologizante de escuta.

3.3. Do protocolo ao caso clínico

As pesquisas que tomam o campo psicanalítico são numerosas e plurais em seus caminhos metodológicos. Sempre mencionado, mas não a ponto de ser desnecessário revisitá-lo, o texto freudiano *Dois verbetes para um dicionário de sexologia* (1923/2011) caracteriza a Psicanálise, simultaneamente, por três vias: uma teoria, um método de tratamento e um dispositivo de investigação dos processos psíquicos inconscientes. Sendo assim, parece incorreto observar a pesquisa psicanalítica apenas pelo viés clínico-metodológico, devendo levar-se em conta a dinâmica própria que o objeto de investigação exige do observador-psicanalista. A teoria psicanalítica delineia o inconsciente como seu objeto primordial de pesquisa e embasa a escolha pela metodologia que busca responder às perguntas de cada pesquisador, transpondo em sua direção os enigmas recolhidos pela clínica. Destarte, por essa íntima costura entre prática clínica e investigação teórica, a psicanálise funciona como uma *práxis* e se apresenta também como uma direção possível para lidar com os eventos sociopolíticos (ROSA, 2004).

---

[46] Vale esclarecer que toda a escuta de sonhos é, na verdade, uma escuta de relatos de sonho uma vez que "conhecemos [o sonho] somente pela recordação que temos dele após o despertar...sabemos que sonhamos, mas não o que sonhamos" (FREUD, 1900/2019, p. 69).

Neste subcapítulo, buscaremos esmiuçar os instrumentos metodológicos que utilizamos ao longo da pesquisa, tanto para acessar os participantes quanto para verificar e apreciar o material recolhido dos encontros com eles. Assim, começaremos contextualizando a escolha e o uso do *protocolo* como ferramenta que possibilitou a execução da pesquisa a nível institucional, observando também os riscos que ele pode oferecer enquanto um obstáculo ao desenvolvimento do dispositivo analítico. Em seguida, trataremos sobre a apresentação do material recolhido dos encontros, sejam eles relatos de sonhos ou trechos de respostas formuladas pelos adolescentes, através de *fragmentos clínicos*. Por fim, versaremos a respeito da *construção do caso clínico*, forma escolhida para transmitir algumas questões que compareceram a partir da participação de uma adolescente em específico.

Como primeiro instrumento[47] metodológico a ser elencado – e que captura a atenção justamente por estar presente em uma pesquisa orientada pela psicanálise – temos a lista de perguntas que norteou a maior parte dos encontros com os adolescentes e que foi chamada de *"Protocolo de Coleta"*. É sabido que a utilização de protocolos por psicanalistas, seja em sua prática clínica ou em uma investigação teórica, não só é incomum como também alvo de críticas, principalmente no que diz respeito à qual seria a possibilidade de sustentação do rigor próprio da Psicanálise quando são utilizadas ferramentas desta natureza. Neste ponto, fica evidente a interface entre a posição da pesquisadora e o campo no qual se inscreve esta pesquisa. A instituição participante, vale lembrar, é um serviço de saúde, espaço de intervenção no qual os protocolos ocupam um lugar de destaque nos processos de trabalho, principalmente em virtude da herança hospitalar sob a qual as instituições de saúde se encontram submetidas – considerando o Hospital enquanto instituição que pretende certa disciplinarização dos corpos (ZUCCHI, 2005).

Os protocolos, nos seus diversos formatos e intenções, fazem parte do dia-a-dia da instituição e são implementados nos serviços de saúde a fim de padronizar os procedimentos existentes e instaurar fluxos. Uma rápida consulta a um documento que versa sobre procedimentos e protocolos no SUS se mostrou suficiente para revelar a existência de termos[48] que apontam na direção de uma tentativa de antecipar, prever e reduzir a possibilidade de conflitos na rotina

---

[47] Além da palavra instrumento, também utilizaremos ferramenta e dispositivo a fim de evitar a repetição excessiva do termo protocolo.

[48] Seriam algumas delas: "padronização" e "organização" (p.9), "definição" (p.21), "forma sistemática" (p.22), "evidências científicas" (p.10, 11, 22...), "reduzir variação inapropriada" (p.31) (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

institucional. Sua existência é, sobretudo, imbuída do intuito de minimizar qualquer tensão que poderia surgir do contato da instituição com a singularidade daqueles que utilizam estes serviços. Portanto, parece indiscutível o potencial de engessamento destes instrumentos quando se está diante de uma narrativa de sofrimento. Uma vez que questionários e protocolos são instrumentos que se norteiam a partir de universais pré-estabelecidos e tem pouca margem que comporte aquilo que se produz no encontro com cada sujeito, eles podem promover o apagamento de singularidades – o que tornaria uma pesquisa em psicanálise absolutamente insignificante. Diante do risco de cerceamento da associação livre – única regra fundamental da técnica psicanalítica –, que se apresenta potencialmente na utilização de um protocolo, como seria possível garantir a viabilidade deste instrumento como parte de uma pesquisa em Psicanálise?

Advertidas dos limites apresentados pelos protocolos nas pesquisas que privilegiam a escuta do sujeito, optamos por manter este instrumento por duas razões, principalmente. A primeira delas seria sustentar a articulação com a Pesquisa Multicêntrica da Oniropolítica e uma forma de propor os encontros em que os adolescentes seriam escutados dentro do CAPSij – ainda que não tenha sido a metodologia priorizada e por ter, sobretudo, mantido o caráter aberto de suas perguntas. A segunda razão é mais estratégica: foi uma ferramenta necessária para a submissão do projeto à Plataforma Brasil – plataforma criada a fim de reduzir a burocratização do processo de avaliação ética pelo Conep, porém estruturada para receber e analisar pesquisas em áreas biomédicas; constitui-se, assim, como um obstáculo às metodologias aplicadas em outros campos do conhecimento (BARBOSA; CORRALES; SILBERMANN, 2014).

Não é novidade para os pesquisadores inseridos no campo das Ciências Humanas e Sociais que os Comitês de Ética em Pesquisa possuem rígidos parâmetros para a aprovação de pesquisas e acabam por burocratizar um processo que impacta diretamente a autonomia do pesquisador na escolha metodológica e na condução de uma investigação. Os CEP não realizam a diferenciação necessária entre as metodologias que não biomédicas:

> as normas e os regulamentos hoje vigentes pela Plataforma Brasil teriam inviabilizado as pesquisas de caráter sociológico e antropológico que marcaram nossa literatura, pela qualidade e solidez, nos últimos cinquenta anos no Brasil, seja no campo da saúde ou em tantas outras temáticas do social. Aliás, a atual plataforma deveria ser renomeada Plataforma Brasil Médico, para indicar seu alcance circunscrito aos temas da biomedicina. As normas em vigor, emanadas da Conep, ilustram, infelizmente, o cabal desconhecimento e desconsideração das condições e condutas inerentes à pesquisa em ciências sociais e humanas. Essas requerem a garantia de liberdade e criação, conferidas pela "ética da aventura" e do artesanato que preside à conduta na pesquisa nas ciências do comportamento humano (SANTOS, 2014, p. 366).

Desde o início da submissão do Projeto de Pesquisa ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, deparamo-nos com sua rigidez através do estabelecimento de uma série de critérios e exigências que extrapolavam seu mandato enquanto articulado à Instituição Coparticipante e não Proponente. Um exemplo foram algumas alterações nos Termos de Consentimento, os quais já haviam sido aprovados pela Instituição Proponente (o CEP da USP) e, de acordo com a Carta Circular 122/2012 da CONEP, não poderiam ser considerados como pendência. É possível inferir que, na visão destes pareceristas, metodologias que escapem de um modelo cartesiano não são consideradas científicas e, por isso, são exaustivamente questionadas, erigindo obstáculos na realização de pesquisas psicanalíticas, por exemplo. A título de informação, o tempo de aprovação desta pesquisa, considerando as exigências feitas mensalmente pelo CEP-SMS, foi de quase seis meses. Levando em conta os entraves produzidos pelas exigências do CEP, tomamos seus limites enquanto contornos e mantivemos um protocolo de coleta mais como farol a orientar um caminho possível para a escuta, isto é, um facilitador da emergência do método psicanalítico.

Nessa direção, entendendo que "não é preciso abandonar a ética que rege nosso trabalho para fazer a interlocução interdisciplinar com a gestão institucional" (MORETTO, 2019, p. 73), tomar a aplicação do protocolo como um instrumento que permitiu uma abertura para outras possibilidades metodológicas, propomos um giro: partindo de uma ferramenta que se sustenta, primordialmente no discurso médico, estabelecemos outras duas, o fragmento clínico e a construção do caso clínico, como dispositivos metodológicos principais e que se sustentam no discurso analítico. Aqui vale sublinhar a *(nada) sutil diferença* entre a aplicação de um protocolo e sua consequente escuta das respostas pela pesquisadora ou qualquer outro trabalhador de saúde. Deste ponto de vista, importa menos o protocolo como princípio, mas os meios e fins pelos quais foi utilizado. Faz-se fundamental colocar em relevo o lugar ocupado pela pesquisadora-entrevistadora diante das perguntas enquanto aquele que sustenta a função analítica, a fim de:

> (...) favorecer a emergência do sujeito para que este mesmo possa conduzir, pela fala e pela elaboração simbólica, o processo do seu tratamento. (...) A posição do analista é, nesse sentido, antes de tudo orientada por uma *ética*, não da caridade e do bem para o paciente, mas do desejo. É essa ética que lhe permite sustentar autenticamente uma prática, sem recair no puro exercício do poder (RINALDI, 2022, p. 189).

Isto posto, uma vez circunscrito o protocolo enquanto ponto de partida na direção de escutar os relatos de sonhos, passamos então ao instrumento metodológico que utilizamos na apresentação do material recolhido, propriamente típico do território psicanalítico: o *fragmento clínico* – forma

literária presente nos textos freudianos pós Primeira Guerra Mundial, período no qual Freud se lança em direção à escrita de seus textos sociais.

> Não mais a grande narrativa, a história clínica, mas o *fragmento* clínico, inserido na própria trama do discurso, o que inaugura uma nova perspectiva teórica e clínica...não chega a ser mais possível pensar a técnica separadamente. Cada vez mais, trata-se de pensar a posição do analista: questões técnicas se desdobram em aspectos éticos e políticos (IANNINI; SANTIAGO, 2020, p. 35).

Este movimento precipitado por Freud, partindo de sua prática clínica romanceada como nas "cinco psicanálises" – Dora, Hans, Homem dos Ratos, Schreber e Homem dos Lobos –, em direção ao reconhecimento da importância da psicanálise frente à cultura, caracterizam não um abandono, mas uma reformulação do aspecto irredutível da clínica frente às questões sociais que atravessam as vidas psíquicas dos sujeitos[49]. Desta forma, além desse respaldo histórico sobre a importância fundamental do fragmento, os excertos também garantem o anonimato dos usuários envolvidos, uma vez que não permitem estabelecer relações diretas ou indiretas entre o indivíduo e elementos apresentados no corpo do texto. Com esse objetivo, quando houver necessidade de nomear algum participante da pesquisa, serão usados nomes fictícios.

Ao apresentar palavras ou trechos das anotações feitas, produtos da coleta, buscamos amplificar *partes* do sonho que digam do *todo* da realidade de cada participante. Sublinho tais significantes para relacioná-los à noção de *paradigma,* cunhada por Giorgio Agamben (1990) que contempla o debate entre aquilo que é individual e coletivo, geral e particular, expondo "uma relação na qual divisões são apagadas para dar lugar a indiferenciações e indecidibilidades" (IANNINI et.al., 2021, p. 38). O paradigma enquanto método nos parece interessante por abalar os (supostamente) indiscutíveis parâmetros que delineiam aquilo que é particular e universal e remetendo à figura central em nosso trabalho, a do *pêndulo,* objeto que oscila, movimenta-se e se desloca, neste caso, "da singularidade para a singularidade" (AGAMBEN, 2010, p. 41).

Tomar os fragmentos dos sonhos pandêmicos como recortes paradigmáticos do contexto social é revelar – e apostar –, por meio das singularidades das produções oníricas de cada participante, o pertencimento destes relatos a um testemunho coletivo do momento de crise histórica e social que atravessamos na atualidade. Talvez este seja o ponto em que fica evidente nossa articulação com a pesquisa multicêntrica, em virtude da utilização desta chave de leitura dos fragmentos. A fim de enlaçar o conceito agambeniano e os fragmentos clínicos, rompendo com o

[49] Op. Cit., p. 36.

protocolar das perguntas norteadoras, nosso recurso metodológico final é a construção do caso clínico – que irá se desdobrar, posteriormente, na construção do caso clínico-político.

Resgatando a imagem do *pêndulo*, o caso clínico se constitui enquanto um excelente exemplo de escolha metodológica de transmissão de nossos achados nessa pesquisa que articula a práxis psicanalítica a uma instituição pública de Saúde Mental. Isto por ser uma forma de escrita que comporta um movimento entre a clínica e o conhecimento que não encontra ponto de fixidez em um saber a priori e também por ser uma construção que decorre do encontro entre o psicanalista e o sujeito. Sustenta, pendularmente, a tensão entre o singular do sujeito e o universal da teoria de modo a fazer avançar a clínica que se produz no inédito (VORCARO, 2018). Podemos nomear esse movimento como transferencial por operar efeitos tanto clínicos quanto na escuta e em sua forma de transmissão.

Viganò (1999) explora etimologicamente a construção do caso clínico e a adota como alternativa à cronicidade encontrada nos pacientes que frequentam as instituições de saúde:

> *Caso* vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com aquilo que não é dizível portanto impossível de ser suportado. A palavra *clínica* vem do grego *kline* e quer dizer leito. A *clínica* é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito (p. 40).

Sua proposta é a de construir um tratamento que coloque o paciente em uma posição ativa frente ao seu sofrimento. Essa mudança de posição subjetiva seria efeito concomitante do deslocamento efetuado sobre o próprio terapeuta, que abandona qualquer projeto de aplicar um saber tecnicizado e pré-constituído a respeito do sofrimento daquele sobre o qual se debruça. Diferentemente de uma história detalhada, com contornos de anamnese – recurso proposto a partir de caminhos universalizantes –, o caso clínico tal qual concebido e trabalhado pela Psicanálise é produto de uma construção compartilhada no encontro do psicanalista com os elementos recolhidos do discurso do sujeito e se constitui enquanto uma forma privilegiada de intervenção institucional (FIGUEIREDO, 2004). É a partir dos enigmas que se apresentam no discurso do sujeito que se faz possível questionar saberes pré-formatados a fim de complexificar as formas de compreender movimentos subjetivos. Substancialmente, a construção de um caso clínico que tenha atravessado a experiência do psicanalista é uma forma de resistência às apreensões herméticas em seu próprio sentido, tipicamente presentes em formulações teóricas.

Ao longo da história da Psicanálise, são diversas as formas de narrativa da experiência analítica que comparecem na escrita e transmissão dos casos, articuladas "ao progresso do sujeito no tratamento" (MARCOS, 2018, p. 103). Como já mencionado anteriormente, Freud transitou por escrituras da clínica psicanalítica variadas, com um inegável traço de abertura diante dos impasses que compareciam na escuta de seus pacientes, sustentando a incompletude da teoria psicanalítica e possibilitando novas leituras com base em seus pressupostos fundamentais. O enigma que precipitou a escolha do caso clínico construído nessa dissertação se deu a partir de um comentário feito pela própria participante, ao ser convidada para a pesquisa – "Sonho não é coisa de louco né?! Porque todo mundo sonha" – e que presentificou uma questão formulada por um profissional do serviço quando a pesquisa foi proposta em uma reunião de equipe – "Tem alguma restrição diagnóstica pra participar da pesquisa?"

Seguindo a orientação de Viganò (1999) acerca das condições necessárias para o trabalho de construção, portanto, tal escolha foi pela *transferência* já estabelecida com a adolescente e sua família, pelo *sintoma* manifestado por ela e que a colocava em ruptura com os laços sociais e pela *demanda* (dos pais e da instituição) por um cuidado mais próximo na pandemia. Do encontro com a adolescente, foi possível elencar pontos que versaram por entre os temas que atravessaram a pesquisa de forma mais ampla: sonhos, adolescentes, modalidades de sofrimento e sua patologização, cuidado em Saúde Mental numa perspectiva da Atenção Psicossocial. É por esse caminho que seguiremos a discussão no capítulo do caso clínico.

4 A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO-POLÍTICO

4.1 “Todo mundo sonha”: o caso Nanda

O primeiro acolhimento de Fernanda[50] no CAPSij foi aos 13 anos, quando teve seu primeiro surto psicótico, e sua participação na pesquisa se deu logo após ela completar 18 anos[51]. O início de seu acompanhamento coincide com o início do meu trabalho nesta instituição assim como seu processo de alta acontece no mesmo ano do meu desligamento e esse dado transferencial é importante para situar como este caso esteve presente na produção das minhas reflexões, muitas delas que antecederam a pesquisa de Mestrado. Em sua chegada ao CAPSij, no início do segundo semestre de 2016, Nanda veio encaminhada pelo Pronto Atendimento psiquiátrico do território com a hipótese diagnóstica de F29 – Psicose não-orgânica não especificada, segundo a CID 10ª – após ter sido levada pelos pais ao hospital.

Os pais relataram às profissionais acolhedoras que, havia aproximadamente duas semanas, Fernanda chegou da escola dizendo estar de férias. Apresentou crises de choro quando questionada e dizia não ter amigas. Tanto a mãe Rose quanto o pai Eduardo suspeitaram que ela estivesse sendo vítima de bullying, por acharem que a filha sempre fora uma criança mais reservada e com poucos amigos. Ambos vinham percebendo um maior isolamento dela nas últimas semanas, passando horas sentada no sofá mexendo em seu celular. O momento em que se alarmam é quando Nanda[52] começa a apresentar risadas e choros compulsivos, sem motivos aparentes, conta estar escutando vozes e passa duas noites acordada, sem conseguir dormir ou deixar que os outros moradores da pequena casa dormissem também por querer manter as luzes acesas e ficar andando de um cômodo ao outro.

No acolhimento inicial, a mãe Rose parecia pouco afetada com aquela situação, quase distante, como se aquilo não lhe dissesse respeito ou não fizesse sentido. Parecia incomodada e impaciente com o sentido que o pai Eduardo estava conferindo à crise de Fernanda: acreditava que

---

[50] Os nomes foram alterados para preservar a identidade dos envolvidos.

[51] Mesmo tendo 18 anos, seu acompanhamento seguiu sendo no Infantojuvenil enquanto o encaminhamento era realizado de forma implicada. Tanto Fernanda como sua família já tinham um bom vínculo com o CAPSij e foi necessário um longo trabalho entre os equipamentos (Infantojuvenil e Adulto) a fim de não produzir uma ruptura na linha de cuidado.

[52] A usuária é sempre chamada por um apelido pela família que é também as duas últimas sílabas de seu nome. Em alguns momentos, preferia ser chamada por nós tal qual sua família a chamava. Mantivemos essas diferentes formas de nomeação, ao longo da escrita, com o intuito de manter a fidedignidade da forma como nos referíamos a ela. O apelido também foi uma forma de diferenciá-la em relação a outras duas meninas que tinham o mesmo nome e que estavam em crise no serviço no mesmo momento em que a usuária do nosso caso, lá em 2016.

a garota havia sido vítima de um trabalho espiritual destinado a ele. "Seu" Eduardo é um homem que ressignificou, de forma delirante[53], um momento bastante traumático de sua vida, o qual já me contou diversas vezes. Quando Fernanda era pequena, ele sofreu um grave acidente de caminhão. Ficou muitas horas desacordado antes do resgate e certo tempo em coma. Apreendeu essa experiência como sua morte e ressurreição e, por ter recebido de Deus uma segunda vida, plena e superior, conseguia perceber coisas do cotidiano e da sociedade que outras pessoas, como nós, profissionais de cuidado, não teríamos acesso. Por ter estabelecido essa forte conexão com Deus, não acreditava ser necessário frequentar nenhum atendimento de saúde, além de não fazer exames, tampouco se vacinar. Carregava em seu corpo cicatrizes do acidente e uma pequena dificuldade ao andar. Depois do episódio, não conseguiu mais voltar ao trabalho como caminhoneiro, mas arranjou uma forma de manter sua errância: através da escrita – em letra bastão, sem qualquer espaço entre as palavras, numa profusão textual e de neologismos, com conteúdo religioso e localizações geográficas – produzia incontáveis cadernos que guardavam seu *"conhecimento do mundo"*. Diferentemente de Fernanda, Eduardo não frequentava qualquer serviço de saúde mental tampouco fazia uso de medicações ou portava um laudo diagnóstico, tinha uma ocupação e circulava socialmente sem maiores descompassos. Uma questão constante que o encontro com Fernanda e seu pai me produzia era em relação a diferença evidente entre as formas particulares pelas quais cada um deles circulava pelo mundo e faziam laço social, ainda que sustentassem uma posição na linguagem semelhante. Arrisco a ousadia na comparação, mas Eduardo e Fernanda se assemelham a James Joyce e Lucia: pais que nadam onde suas filhas se afogam[54].

Logo nos primeiros dias de convivência[55] no CAPSij, Nanda se apresentava de duas formas: ora tentando tirar a roupa e encarando de forma insinuante pessoas do sexo masculino, ora fitando

---

[53] Aqui nos utilizamos da ideia de delírio como "tentativa de cura" (FREUD, 1911/2010, p.94), isto é, uma forma de operar com algo do indizível do acontecimento a partir de seus recursos singulares. Nossa aposta, a partir da transferência estabelecida com este senhor, é de que se trata de um sujeito psicótico. O diagnóstico, para a psicanálise não se faz na observação de sintomas e sim sob transferência. Além disso, é um diagnóstico que serve ao analista, na condução do manejo das intervenções. Isto posto a fim de diferenciá-lo do diagnóstico da psiquiatria e situá-lo em uma leitura estrutural da constituição subjetiva.

[54] Aqui faço referência à seguinte passagem: "Joyce disse a ele [Jung] "Aqui estão os textos que ela escreve, e o que ela escreve é o mesmo que eu escrevo", porque ele estava escrevendo o *Finnegans Wake*, um texto totalmente psicótico, se o olharmos dessa perspectiva: inteiramente fragmentado, onírico, atravessado pela impossibilidade de construir com a linguagem outra coisa que não seja a dispersão. Assim, Joyce disse a Jung que sua filha escrevia a mesma coisa que ele, e Jung lhe respondeu: 'Mas onde você nada, ela se afoga'." (PIGLIA, 2014 apud CASTELO, 2017,documento eletrônico).

[55] A convivência, ou ambiência, é um espaço fundamental na produção de encontros e in(ter)venções em um equipamento como um CAPS. No CAPSij é seu "coração" por garantir que os princípios da atenção psicossocial pulsem! É ela que dá o tom dos processos de trabalho institucionais, sendo um espaço de construção coletiva que tem

o vazio, não respondendo quando chamada e não reconhecendo seus familiares. Esses momentos foram comum e frequentemente descritos pela equipe como momentos de *hipersexualização* e *catatonia*, respectivamente, termos que nomeiam estados psíquicos a partir da perspectiva psiquiátrica. Nosso trabalho se coloca crítico à forma reducionista com a qual as categorias psiquiátricas tomam as manifestações subjetivas. Contudo, podemos nos servir da popularização de tais termos, principalmente entre pessoas do campo Psi, a fim de comunicar um modo de se apresentar que pode ser mais facilmente imaginado.

Acompanhei Nanda e sua família por bastante tempo, não só nos espaços grupais que ela frequentou no CAPSij, mas também como profissional de referência a partir de meados de 2017. Para além do papel de referência[56] previsto pela política pública, tornei-me referência em um sentido mais amplo: conhecia a história do acompanhamento de Fernanda, desde sua chegada, sua forma de circulação pelos espaços oferecidos, as hipóteses diagnósticas estabelecidas pelos psiquiatras e as medicações prescritas, a vinculação de sua família àquele espaço de cuidado. Ocupar um lugar de referência demanda tempo, escuta, construção de vínculo, estabelecimento de transferência – aspectos nada simples de acontecerem nos espaços institucionais, muitas vezes atravessados por tantos processos distintos.

Por um lado, era fácil identificar a importância daquela função, inclusive recorrentemente reconhecida por Rose e Eduardo; por outro, era a mim dirigida as respostas agressivas da adolescente nos seus momentos de crise: ela me expulsava de sua casa nas visitas domiciliares – por tantas vezes não chegava a me abrir a porta –, mantinha-se trancada no quarto quando os pais me recebiam, fugia de mim pela rua, me xingava, dizia que quem precisava de psiquiatra era eu. Como sustentar um lugar de cuidado assim? Ao longo dessa escrita, contarei sobre algumas propostas e tentativas de cuidado que nem sempre foram inventivas ou nem sempre comportaram as singularidades de Fernanda, sua história, suas relações, suas formas de estar no mundo. Em contrapartida, por meio da sustentação de um lugar de escuta que pode considerar os diversos

---

o intuito de horizontalizar as relações entre técnicos e usuários. Garantir a existência das convivências é preservar a abertura para a experiência do encontro, o acaso, trocas e novas práticas. Para além disso, também é uma ferramenta potente nos momentos de crise, nos quais acompanhar o sujeito é o principal, e de avaliação, quando se busca conhecer o usuário e estabelecer vínculos (PAULA; SOMBINI, 2016).

[56] Profissional (ou equipe) de referência designa o(s) técnico(s) do CAPSij que está mais próximo do cuidado de determinado usuário. Tem a responsabilidade de articular, juntamente com o usuário e sua família, o Projeto Terapêutico Singular, sendo quem tem maior contato com a sua história de vida, seu processo de sofrimento, seu percurso pela rede intersetorial e seus objetivos terapêuticos (BRASIL, 2004).

atravessamentos que compareciam neste cuidado, também foi possível elaborar intervenções criativas e que desviassem daquelas padronizadas.

Fernanda era a caçula de três irmãs. A estética era algo muito importante para elas: eram moças que estavam sempre de cabelo escovado, sobrancelhas bem-feitas, unhas esmaltadas e bem cuidadas. Essa, por vezes, constituía-se uma via de contato com Nanda, sempre tão reticente em relação às propostas de cuidado do CAPSij. Uma das profissionais, em atendimentos individuais, pintava suas unhas, ajudava-a a se maquiar e se ofertava como modelo para que a adolescente pudesse fazer o mesmo. O cuidado consigo mesma e com sua aparência conseguia comunicar algo ao outro sobre si: em momentos de crise, deixava de lavar seu cabelo por dias, ficava com as unhas quebradas e machucava suas cutículas, usava roupas largas e sujas; em períodos em que estava mais desorganizada, usava roupas sobrepostas, coloridas em excesso ou que por vezes não combinavam entre si, fazia cortes assimétricos em seus cabelos, usava cores marcantes nas maquiagens. Quando oscilava entre esses estados, voltava a usar roupas ou maquiagens que chamavam menos a atenção, aceitava ajuda das irmãs no cuidado de sua aparência. Essas diferenças visualmente aparentes nos contavam de diferentes momentos da existência de Fernanda.

Ao longo de cinco anos em que foi usuária do CAPSij, Fernanda participou pouco da construção de seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), menos ainda do que seus pais que exerciam o papel de "responsáveis" por ela, menor de idade. Nesse sentido, afirmo que essa pouca participação foi produzida a partir de um lugar específico destinado àqueles chamados de usuários no serviço de saúde mental – especialmente crianças e adolescentes, que se encontram em posição de submissão diante das decisões dos adultos, principalmente os pais, e que acabam sendo silenciados. Nesse sentido, acolhimento, inserção em convivência intensiva, avaliação e consulta médica ou a introdução de psicotrópicos típicos para seu quadro psicótico vinham como uma prescrição, a partir de um saber técnico, de forma impositiva. Muitas destas propostas listadas estão circunscritas no campo da Reabilitação Psicossocial; mas isso seria o bastante para garantir que tais condutas se orientassem a partir desta ética de cuidado?

O diagnóstico psiquiátrico de Nanda pouco importava aos pais pois eles mesmos iam construindo hipóteses diferentes para o quadro de adoecimento psíquico de sua filha. Rose falava menos, era mais obediente às prescrições; Eduardo mantinha a crença de que se tratava de um trabalho espiritual. Ambos concordavam que tinha algo a ver com o humor da filha: caso ela ficasse muito irritada ou contrariada, podia entrar em crise. Assim, os dois tentavam manter o entorno da

filha com o mínimo de conflito: se ela queria parar de ir ao CAPSij, não iria mais; se não quisesse frequentar a escola, não havia problemas; se não quisesse tomar suas medicações por não ser louca, eles escondiam-nas em suas bebidas. Apenas por um curto período, Nanda soube que era medicada. Esse era um ponto bastante delicado no manejo dos pais que, de forma alguma, topavam a construção de um lugar diferente para a medicação dela.

Sem saber que era medicada, Fernanda, contida quimicamente, não entendia que este efeito estava de alguma forma ligada ao que era proposto no CAPSij. Assim, era como se "melhorasse" (ou se silenciasse?) sem nenhuma intervenção, o que permitiu que ela produzisse a certeza de que era o CAPSij que a deixava em crise, era o CAPSij que a deixava *louca*. Ao longo desses cinco anos, pude acompanhar Nanda em seus mais diversos momentos de crise, quando geralmente voltava a frequentar de forma mais intensa o equipamento. De fato, *ser louca* parecia ser a única forma de Nanda estar no CAPSij – o que definitivamente não era um lugar com o qual ela quisesse se identificar.

Como uma prática comum dos encontros com as crises, era proposta uma inserção em convivência. E no caso de Fernanda, tão logo seus sintomas (aqui como compreendidos pela medicina) se atenuavam, ela interrompia a proposta de cuidado. Como num circuito falho, quando o limite da medicação, isolada de um processo de cuidado integral, ficava evidente e que os pais se viam sem possibilidades de contorno, a adolescente, em seu momento de fragilidade, retornava ao suposto-ambiente-produtor-de-loucura do qual tanto se esforçava para se afastar. Não sem razão, era tão difícil que Nanda falasse com os profissionais do CAPSij, principalmente quando estava fora de um momento de crise. Estabeleceu conosco uma transferência persecutória, principalmente comigo, que acabava por representar o CAPSij – "*aquele lugar de gente louca"* – de forma absoluta. Fernanda, sua família e os próprios profissionais do CAPSij estavam presos a este ciclo cronificante: crise → CAPSij → revisão de PTS (convivência, grupos, aumento/mudança de medicação) → apaziguamento de sintomas → rompimento com PTS → crise. Estariam os adultos responsáveis por Fernanda também responsáveis pela manutenção deste ciclo?

Durante a pandemia, Nanda passou por alguns momentos de crise importantes, que culminaram em três internações hospitalares. Neste período, para os pais, o CAPSij deixa de ser apenas o lugar das consultas médicas e renovação de receitas, tornando-se um espaço ao qual eles também podiam recorrer. Uma das hipóteses levantadas pela equipe, em relação a esse súbito fortalecimento de vínculo se deva a algo de uma ordem concreta e que apontava um limite de seus

pais: Fernanda foi crescendo e manejá-la fisicamente passou a demandar mais esforço dos pais que envelheciam; ademais, suas produções delirantes também ganharam mais corpo e, diante da escassez de intervenções alternativas à medicalização, tornaram-se ainda mais consistentes. Os pais também entraram no circuito de perseguidores: o pai como abusador, a mãe tentando enganá-la. As irmãs não conseguiam se aproximar do cuidado, mantinham-se mais distantes nas ocasiões em que Fernanda se desorganizava e ficava agressiva, chegavam a dormir noites fora de casa. A forma de relação maciça a partir da qual Nanda conseguia responder era, por vezes, insuportável para os pais. Era com sofrimento que relatavam ter chamado o serviço de urgência ou com intensa preocupação que relatavam terem medo do futuro da filha quando não pudessem mais cuidar dela. Nos dois anos pandêmicos, pareceram ter se deparado com seus próprios limites.

As internações hospitalares de Fernanda ocorreram no Pronto Atendimento Psiquiátrico na região do CAPSij – o mesmo que a havia encaminhado para seu primeiro acolhimento. Localizado em complexo hospitalar, esta unidade contava com leitos de observação e internação e era comumente uma porta de entrada para crises de saúde mental. No entanto, não fazia parte da Rede de Atenção Psicossocial, promovendo uma fragmentação do cuidado no território. O contato via telefone não era simples e seguia a lógica hospitalar, principalmente na (im)possibilidade de discutir diretamente com os médicos responsáveis pelos usuários que passavam por lá: independente da categoria profissional que fizesse contato, a ligação era encaminhada ao Serviço Social. Com o agravante da pandemia, as visitas dos profissionais do CAPSij foram proibidas na unidade hospitalar, o que fragilizava o vínculo com Fernanda e também nos colocava dependentes dos contatos telefônicos diários que, frequentemente, produziam desencontros de entendimentos e condutas.

Em nenhuma das internações foi possível articular uma saída de Nanda para um CAPS Infantojuvenil III, por exemplo. Considerávamos abruptas e pouco cuidadosas as altas de Fernanda, principalmente pela dificuldade de diálogo interserviços na construção de uma continuidade. Por mais discutidas que estivessem as condutas, diante da melhora de sintomas, a alta do hospital era *indiscutível*. Assim, fica evidente os entendimentos diversos que comparecem diante de crises e suas manifestações sintomáticas e a forma como são impactados os projetos de cuidados dos sujeitos que demandam intervenções de uma rede de serviços de saúde. A desarticulação entre as condutas produz desamarrações e buracos nos pontos da rede, pelos quais se perdem aqueles que dela precisam, como Fernanda.

Não era percepção apenas de Rose e Eduardo de que as crises da filha caçula vinham apresentando novos contornos. A catatonia e a hipersexualização, essas duas posições pelas quais Fernanda transitava em momentos mais disruptivos, foram abrindo espaço para palavras agressivas, alucinações ameaçadoras, delírios com conteúdo erótico. Quando me conta sobre uma noite bastante conturbada, Eduardo explica que as alucinações de sua filha são *"sonhos que ela não consegue acordar";* ele chega a diferenciá-los, tratando-os como pesadelos. Com maior incidência no período da noite, as vozes que a atormentavam, as figuras demoníacas que se apresentavam e as aranhas que subiam pelas pernas foram se tornando mais frequentes no cotidiano da família. A adolescente vagava pela casa durante a noite, dizia não conseguir dormir. Pedia que todas as luzes da casa fossem acesas e retirou todos os quadros das paredes, sentia-se observada e ameaçada quase todo o tempo. Fernanda se tornava oprimida por entre aquelas paredes a ponto de ameaçar saltar da janela, muito embora não topasse sair dali. Neste período conturbado, após rediscussão na equipe e com a anuência de seus pais, intensificamos o PTS de Fernanda: diante de sua recusa em frequentar alguns poucos espaços do CAPSij, o CAPSij foi até ela. Propusemos visitas domiciliares semanais em que a minha presença se mantinha, mas o outro profissional se alternava. A ideia era compartilhar um cuidado que acabava centralizado na minha figura de referência, na intenção de pluralizar a relação transferencial e apostar no cuidado entre vários[57].

Dentre tantos diálogos através de portas fechadas, caminhares acelerados pelas ruas com Nanda gritando a mim toda a sorte de xingamentos, ou conversas no sofá em que ela se levantava de súbito e se retirava, oferto a participação na pesquisa dos sonhos. Para minha surpresa, ela topa participar porque *"sonho não é coisa de louco né?".* Poder contar seus sonhos para mim pôde deslocar Nanda do lugar daquela que só podia me endereçar queixas e sintomas – os quais não fazia porque atribuíam a ela um rótulo bastante desagradável – de *louca*. Por outro lado, poder participar de uma pesquisa sobre sonhos – esse fenômeno psíquico universal – constituiu-se como alternativa possível para que ela pudesse falar. Essa mudança é percebida por Nanda, que me interpela: *"Você entendeu que eu melhorei?".*

---

[57] Aqui nos referenciamos à "prática entre vários", estratégia cunhada por Antonio di Ciaccia e utilizada no manejo da transferência com sujeitos psicóticos que frequentam instituições de saúde mental. Almeja evitar o risco de que um profissional envolvido no caso encarne um lugar absoluto e que destitua o usuário de sua posição de sujeito, submetendo-o a um saber que não o dele próprio. Na prática entre vários, a equipe sustenta conjuntamente um lugar de não-saber e, assim, algo do sujeito pode comparecer (FIGUEIREDO; GUERRA; DIOGO, 2006).

A participação efetiva de Fernanda se deu apenas em um encontro, quando lhe apresentei a pesquisa e fiz as perguntas do protocolo, às quais ela respondeu, com alguma dificuldade. Parecia não reconhecer alguns dos significantes escolhidos, como “pandemia” ou “quarentena” ou, por vezes, não parecia escutar algumas das perguntas. Alguns dias depois desta participação, passo pela recepção do CAPSij e ela me chama. Sou surpreendida com sua presença naquela instituição. Ela ri quando a cumprimento, diz que já é adulta para estar lá, me questiona se sei que ali é um CAPS de criança. Aproveito para falar com ela sobre seu processo de alta e ida para um novo CAPS, de adulto, em outro lugar, com outras pessoas. Fernanda me encara, diz achar que é criança e não ser nem mais adolescente. Levanta e volta para o carro.

Em poucos meses, foi se tornando mais possível consolidar a alta de Fernanda. Eu já estava em contato com o CAPS Adulto do território havia alguns meses, participando de discussões, compartilhando algumas visitas até a casa da família com diferentes profissionais de lá. Ao longo desse período, fui construindo com Eduardo e Rose essa transição. Eles ficaram receosos, lamentaram, mas estavam dispostos, entendiam que a filha demandava outras intervenções – de adulta. Em um dia nublado e quente, acompanhei Nanda e Eduardo até o CAPS Adulto para seu acolhimento inicial. Ela não estava em crise, o que já era um começo diferente daquele que tivera no Infantojuvenil. Soube de oficinas de autocuidado, falou que gostava de se maquiar. No jardim da frente, seu Eduardo explicou à técnica acolhedora que a filha era medicada sem saber. A profissional pontuou, com delicadeza, a importância de que essa informação pudesse ser compartilhada com Fernanda. Ele hesitou, tentou argumentar e foi acolhido na angústia de que isso pudesse produzir uma nova crise. Eu lhe disse que não teriam pressa, que o CAPS acompanharia e respeitaria o tempo de Fernanda (e o tempo da família). Seguimos em certo silêncio, na van, até a casa. Fernanda saltou do carro, se despediu e foi comprar um refrigerante. Seu Eduardo parecia emocionado, me abraçou, falou tantas coisas de difícil reprodução pelos múltiplos sentidos, mas que eram sobre vínculo e atenção. Tentei organizar com ele toda a profusão de afetos que ele parecia experimentar. Ele me abraçou novamente e agradeceu. Desejou-me boa sorte e pediu que eu voltasse, algum dia, para aceitar um café.

4.2 O adolescer enquanto crise

> "O que você herdou dos seus pais
> Conquista-o, para que te pertença
> que não se aproveita, é um fardo pesado
> Apenas o que o momento cria, é o que pode aproveitar"[58]

Ser adolescente foi o único critério para que um usuário do CAPS Infantojuvenil pudesse ter seus relatos de sonho escutados pela pesquisadora. Assim, neste subcapítulo, apresentaremos alguns aspectos sobre a adolescência enquanto experiência que atravessa os sujeitos contemporâneos, ainda que seus contornos sejam diversificados. Considerando a instituição participante, um CAPS Infantojuvenil, equipamento responsável pelo acolhimento e atendimento de sujeitos que se encontram em diferentes faixas etárias, este critério não precisaria ser estabelecido *a priori*. Seu estabelecimento, portanto, foi deliberado a fim de dar visibilidade a este público minorizado[59] em seu contexto sociocultural; isto porque grupos minorizados são objetificados nesta sociedade. Com frequência, são atribuídas características aos adolescentes que os posicionam ora como crianças, infantilizados em suas falas e ações, ora como adultos, podendo ser tratados como tal, ainda que não tenham atingido a maturidade legal. Na esteira da deslegitimação de suas contribuições, termos como "aborrecente" ou "rebelde sem causa" são bastante comuns para fazer referência aos adolescentes, assujeitando-os à perspectiva hierarquizada dos adultos.

Nessa linha, a título de curiosidade, é recente a adição do sufixo "juvenil" na designação da especificidade de CAPS; tampouco essa mudança na nomenclatura se deu a nível nacional: ainda hoje, trabalhadores e pesquisadores brasileiros se referem a esses equipamentos apenas como CAPSi (CAPS infantil). Se, como nos ensina Costa-Rosa (2013), até mesmo a estrutura material de um CAPS (por exemplo, seu espaço arquitetônico e mobiliário) pode influenciar a proposta de cuidado realizada, quais seriam os efeitos de se deixar de fora, em sua nomenclatura, grande parte de seu público-alvo?

---

[58] GOETHE, 1981 apud SAGGESE, 2021.

[59] Termo compreendido como efeito de uma representação desproporcional em lugares sociais de poder de certo recorte populacional. Difere-se de minoria, que diz respeito à quantidade absoluta ou estatística, justamente por seu caráter discursivo importante. A título de exemplificação, tomamos a população negra que, embora represente 56% da população brasileira – segundo dados do Pnad/2021 –, portanto se constituindo enquanto maioria, é um povo minorizado, uma vez que não se encontra representado de forma proporcional em lugares de voz e poder, sob os efeitos poderosos de nossa história escravista e desigual.

A fim de cuidar dos efeitos desse não-lugar conferido ao adolescente, o convite para a pesquisa buscou demarcar nosso genuíno interesse em escutá-los para além dos seus relatos de sonhos: escutar como se apresentam, como se organizam seus PTS no CAPSij, os impactos da pandemia e restrições sanitárias cotidianas, suas formas de existir e sofrer. Tal interesse se sustenta no enfraquecimento de espaços de escuta da singularidade, principalmente durante a pandemia, ponto que será explorado mais a frente. Através de articulações com o caso e fragmentos recolhidos nas conversas com os adolescentes, sustentaremos a possibilidade de construção de um espaço dialógico e de pertencimento com aqueles e aquelas que nos endereçaram suas narrativas próprias. Nosso objetivo é o de restaurar "a familiaridade na relação com o outro e ao próprio corpo e as modalidades pulsionais" que parece se atenuar em meio à superposição das crises apresentadas aqui (ROSA *et al.*, 2021, p. 231). Conduziremos nosso aporte da adolescência a partir do eixo clínico da psicanálise e o eixo político de seu lugar social na busca de autonomia.

Assim como a loucura, o sonho e o cuidado voltado a pessoas em sofrimento psíquico, a adolescência enquanto conceito apresenta variações ao longo do tempo e as formas como são apreendidas pela contemporaneidade incidem diretamente no escopo de interesse desta dissertação. Embora o inconsciente, conforme formulado por Freud, não seja determinado de forma cronológica, isto é, associado a fases de desenvolvimento do sujeito, há que se considerar que as diversas mudanças orgânicas, culturais e sociais exercem impacto na produção de subjetividades. Nesse sentido, os sujeitos que foram escutados por esta pesquisa, além de serem atravessados pela adolescência enquanto faixa etária de pertencimento, também o são pela psicopatologia psiquiátrica – uma vez que todos possuem diagnósticos médicos atribuídos a si – e pela questão de classe: são adolescentes moradores de uma região periférica, estudantes de escola pública e cidadãos exclusivamente dependentes dos serviços de saúde do SUS. Em um macro contexto, ainda, experienciaram a pandemia global do Coronavírus em meio a tantos outros conflitos pertinentes ao processo de adolescer.

A adolescência é concebida de formas particulares em diferentes etnias, culturas e sociedades e circunscrita enquanto um período de passagem da infância à idade adulta, tanto no que diz respeito a transformações no corpo, próprias do crescimento, e à maturação neurofisiológica, quanto em relação aos reposicionamentos subjetivos necessários para a formulação de respostas a suas vivências. Tal concepção, adotada de forma ampla, é proveniente de um discurso da Modernidade ocidental – contexto histórico bastante semelhante àquele no qual

se funda a psicanálise (VIOLA; VORCARO, 2018) –; antes disso, o termo designava jovens de recortes específicos e, com frequência, hegemônicos. Ainda, pode ser compreendida enquanto momento de transição e de travessia, por meio de uma série de questionamentos, impasses, rupturas, passagens ao ato e ambivalências, produtos de um intenso "trabalho psíquico que baliza as questões da existência acerca da sexualidade, da morte e do laço social" (ROSA; CARMO-HUERTA, 2020, p. 6). Trata-se de um processo que se relaciona a um tempo lógico[60] articulado pelo próprio sujeito com os recursos que ele mesmo construiu ao longo da infância – sua vivência subjetiva até ali – e a sua posição na tessitura social. Parece incabível, levando em conta os diversos contextos socioculturais existentes, a adoção de uma perspectiva universalizante desta experiência sob o risco de:

> (...) patologização de diferenças, que são constituídas pelas diversas modalidades de produção de vida, e que tem lugar numa mesma época, mas que respondem a territorialidades diversas (KATZ, 2022, documento eletrônico).

As proporções continentais do território brasileiro já poderiam, por si só, ser consideradas particularidades que se refletiriam nas formas singulares de atravessamento da adolescência. Ademais, as desigualdades de gênero, raça e classe, consequências da herança colonial e escravista do país, são também determinantes para a construção de possibilidades de sustentação subjetiva e material destes sujeitos. Para além desta dimensão, a sobredeterminação também incide sobre a atenção que a sociedade dispensa aos adolescentes: as intervenções, em sua maior parte tutelares, serão direcionadas de modo a protegê-los ou considerá-los um perigo, a depender de suas origens e marcadores socioeconômicos. As adolescências comportam uma vasta multiplicidade e, assim, é necessário que se amplie e amplifique a forma como se posicionam os psicanalistas diante dos diferentes discursos expressados pelo sujeito adolescente, de modo a não perder de vista suas nuances – por esta razão, fazemos uso, aqui, do plural.

Sob a perspectiva psicanalítica, de orientação lacaniana, a adolescência é uma resposta produzida pelo encontro do sujeito com a puberdade, aqui entendida enquanto o momento no qual são deflagradas alterações biofisiológicas que produzem mudanças no corpo da criança em direção ao desenvolvimento de caracteres correspondentes a um corpo adulto. Diante dessa complexa

---

[60] Conceito fundamental na obra lacaniana, desenvolvido em 1945, o qual se sustenta em três momentos de evidência: instante de olhar, tempo para compreender e momento de concluir – ilustrados através de um problema de lógica, conhecido como Sofisma dos Três Prisioneiros (LACAN, 1945/1998).

experiência que envolve uma profusão sensorial e uma demanda de reposicionamento no laço social

> o sujeito questiona os sentidos do mundo, apela e ataca os pais, vive severas crises de identidade, passa ao ato, rivaliza com gerações mais antigas, busca identificações fora do lar, experimenta as ambiguidades das escolhas objetais e da posição diante da sexualidade (OLIVEIRA; HANKE, 2017, p. 300).

Ainda segundo esses autores, essa resposta localizada como adolescência é sintomática ao se expressar frente ao mal-estar causado no encontro com a alteridade. Caminhamos na direção de sublinhar a singularidade do adolescer uma vez que o sintoma é um dado muito particular de cada sujeito, que se constitui enquanto uma forma de nomear seu mal-estar que é endereçada ao Outro como uma mensagem "da conflitiva pessoal, familiar e sociopolítica-libidinal" (ROSA; VICENTIN, 2010, p. 115). É fundamental que o adolescente possa ressignificar os sentidos construídos previamente via trama familiar, enlaçando-os ao Outro social a fim de forjar um lugar a ser ocupado por ele no laço social. Ocupar uma posição no laço social, isto é, na relação com o outro não é o mesmo que ocupar um lugar reconhecido na sociedade. Fazemos esta ressalva a fim de que não caiamos em uma falácia individualista de que o movimento do sujeito seria suficiente para que um lugar de reconhecimento social fosse alçado: "os destinos de cada um no laço social estão vinculados à pertença e os adolescentes sabem que nem todos terão essa garantia" (ROSA; CARMO-HUERTA, 2020, p. 12).

A perspectiva que inclui o que é do singular articulado ao coletivo que se apresenta no laço social possibilita tomar o adolescente como sujeito e não como assujeitado ao discurso do adulto – ainda que estes outros sujeitos sejam/estejam exercendo alguma responsabilidade civil ou jurídica sobre o adolescente. Sustentamos, nesta pesquisa, uma posição ética que leva em conta, através da escuta, sua posição na linguagem, seu modo de estar no mundo e suas produções singulares, isto é, considera, seguindo Lacan (1965/1998), os adolescentes como sujeitos do inconsciente, portanto, com *responsabilidade* sobre sua posição. Imprescindível marcar a diferença entre a responsabilidade singular, como sujeito, e aquela exercida em uma comunidade, expressada, por exemplo, no ECA – parâmetro legal já mencionado – ainda que estes significados estejam sob o mesmo significante. A primeira é a do sujeito do inconsciente e se refere a operações psíquicas que não são passíveis de apreensão da lógica consciente. De partida, já se diferencia daquela que está remetida ao sujeito de direitos, tal como explicita Dias (2019):

> O sujeito de direitos nasce no campo das políticas públicas e indica um lugar social para os cidadãos, que inclui direitos e deveres. O sujeito do inconsciente está referido ao desejo,

> norteado pelos ditames do inconsciente, marcando o que é absolutamente singular a cada sujeito (p. 14-15).

A autora, ainda, inscreve essa como uma diferenciação importante a ser feita na discussão dos avanços empreendidos pelas políticas públicas reformistas orientadas pelo viés da cidadania, que pode acabar lateralizando a importância de se considerar as singularidades subjetivas dos cidadãos. Este é um desafio central nas práticas de cuidado em saúde, sobretudo no campo da infância e adolescência. No caso clínico formalizado nesta pesquisa, apontamos algumas condutas que não foram pensadas junto com a principal interessada, Fernanda. Como seria possível incluir crianças e adolescentes em seus PTSs, ainda que se compreenda os limites de sua responsabilidade civil? Uma direção interessante seria a de convidar crianças e adolescentes a compartilharem a responsabilidade por seus PTS. Há que se reconhecer a diferença entre compartilhar e delegar: para tanto, a seguir, apresentaremos o compartilhamento de responsabilidade, de forma macro política, como aspecto que envolve o sujeito-adolescente e os adultos-responsáveis legais-profissionais e não restringe a uma das partes – o que seria da ordem do delegar.

Com o intuito de qualificar as ações de saúde, a Política Nacional de Humanização do SUS possui, dentre seus princípios, a corresponsabilização que, tanto a nível de gestão e dos trabalhadores quanto também a nível dos usuários, constitui-se enquanto fator na produção de saúde. A elaboração de um cuidado no qual a responsabilidade seja partilhada entre os atores nele envolvidos carrega em seu bojo a ideia de que é possível horizontalizar os saberes diante das práticas de saúde. Isto é, há uma valorização do saber do sujeito sobre seu processo de adoecimento e também sobre sua *cura* – aqui entendida a partir da definição de Canguilhem (1966/2022): "curar é criar para si novas formas de vida" (p. 166). Nessa evidente inflexão ao sujeito, o deslocamento que o conduz ao centro do cuidado acaba por produzir autonomia. A responsabilidade (compartilhada) e a autonomia se relacionam e se incentivam mutuamente, rompendo com lógicas de tutela e se caracterizando enquanto princípios de uma prática antimanicomial.

Embora sejam abundantes as experiências que revisitam práticas de cuidado em Saúde Mental com o objetivo de promover autonomia que extrapolam os limites individuais[61], essa prática demanda movimentação e trânsito em posições de poder social e previamente estabelecidas – como

[61] Como por exemplo a implementação do dispositivo GAM, muito bem discutido em: "Gestão Autônoma de Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental" de Eduardo Caron e Laura Feuerwerker.

o lugar do médico ou do profissional de saúde – o que pode acabar por limitar sua execução. Retomando nosso caso, logo na chegada ao CAPS *adulto,* a técnica acolhedora já apresenta a questão da medicação que era dada a Fernanda de forma escondida; demonstra uma possibilidade outra de relação com a responsabilização do usuário-adulto pelas ações que compõem seu PTS. E dá a ver um ponto no qual a equipe do CAPS *infantojuvenil* escorregava: a passagem da corresponsabilização pela adolescente (ou a criança) e não só pelos seus adultos (pais e profissionais).

Trilhando uma finalização deste subcapítulo, recuperamos aqui o significante presente na introdução desta pesquisa, *crise,* para situar mais uma camada que complexifica o processo *lógico* da adolescência e localizar os sujeitos na forma como prosseguem na sua travessia singular deste período. Lógico como uma passagem que não é delimitada por uma cronologia de acontecimentos, marcos de desenvolvimento orgânico ou qualquer outro atributo externo ao sujeito. Tomamos o adolescente como um sujeito que está performando diferentes modos de existir frente ao laço social, uma vez que

> ainda não encontrou seu próprio lugar. (...) seu dilema situa-se entre a ânsia identitária, uma identidade social pela qual possa ser reconhecido e que o estabilize no laço com o outro, e a ânsia desejante, que lhe abre novas experiências e possibilidades até então moduladas por promessas de adiamento (ROSA; VICENTIN, 2010, p. 117).

Não obstante já mencionado anteriormente, é importante frisar que não é possível desarticular a experiência do adolescente de seu contexto sociocultural, o que a torna *pendularmente* singular e plural. Isto posto, pareceu-nos pertinente realizar uma aproximação entre as *duas crises*: a *sanitária*, desencadeada pelo vírus Sars-CoV-2, e a do *adolescer* – sem desconsiderar, obviamente, suas devidas proporções. Todavia, em se tratando do inconsciente, a proporcionalidade dos acontecimentos segue as possibilidades do sujeito de lidar com aquilo que lhe causa angústia e a sua perspectiva diante de um problema não respeita as balizas de uma realidade (supostamente) compartilhada. Oliveira e Hanke (2017) indicam mais uma crise: a da figura paterna, principalmente diante de um avanço descomedido da razão e da ciência, com impactos relevantes no que diz respeito ao uso das tecnologias. Sustentam a tese de que a principal dificuldade dos adolescentes na contemporaneidade é a de "inscrever seu desejo no campo de um Outro" (p. 308) e que isso acarretaria uma série de efeitos não só em seus cotidianos, mas na forma como também se apresentam diante dos psicanalistas.

Ora, cada um destes aspectos compareceu no contexto pandêmico, com contornos característicos deste acontecimento: a ciência enquanto campo no qual se depositaram as expectativas de respostas para as incertezas do fenômeno; a tecnologia colaborando para a propagação de informações e desenvolvimento de estratégias de proteção (além de também ter promovido a rápida disseminação do vírus); e a razão vacilante como uma equilibrista na corda bamba, diante da profusão de notícias falsas. Não é arriscado afirmar, de forma genérica, que cada um e todo sujeito na superfície global sofreu efeitos da contingência pandêmica e se viu diante de dificuldades diversas – com variações importantes a depender de suas condições materiais.

Considerando que a pandemia do Coronavírus desvelou estruturas presentes na sociedade, é possível afirmar que revelou também a crise atravessada pela adolescência, sobrepondo-se a ela e produzindo novos (e atualizados) impasses[62]. Essa afirmação se sustenta tanto em nosso caso clínico-político quanto em fragmentos das conversas com os adolescentes. Fernanda expressa, através do aumento da frequência de suas crises, novos contornos para questões antigas. Alguns conteúdos também se alteraram, como por exemplo, em um de seus momentos de desorganização, conta sobre a existência de um namorado – o que antes só podia aparecer em ato (quando se portava de forma mais hipersexualizada). Outros adolescentes perceberam certa piora ou acentuação de dificuldades após o começo da pandemia:

"Eu não sonho...Sabe, eu pensei muito na morte na quarentena. Acho que isso ferrou todo mundo....eu comecei a me sentir mal antes da pandemia. Mas na pandemia, acabaram todos os planos...comecei a me desesperar."

"Eu não lembro de sonhos de antes da pandemia…. antes da pandemia eu quase não sonhava. E agora sonho...sempre tem pessoas que conheço...Acho que a falta das pessoas significa...digamos, eu sou o único sobrevivente [no sonho relatado], talvez eu tenha sentido muita falta das pessoas ao meu redor…."

"Não sonho muito porque durmo pouco...Olha, depende do momento que eu tô vivendo. Se tiver um problema que possa ocupar muito a minha cabeça, um problema mais grave [tenho dificuldade pra dormir]. Todo mundo tem problema na vida, mas costumam ser mais graves e que incluem a relação com certas pessoas, que eu possa perder certas pessoas ou coisas importantes pra mim. Se isso chega à minha mente na hora de dormir, eu não consigo mais e fico imaginando

---

[62] Há bastante material que circula na mídia apontando o público adolescente como um dos mais atingidos pela pandemia, como por exemplo a reportagem da BBC intitulada: "Adolescência em tempos de covid: como jovens estão enfrentando o prolongamento da pandemia", de autoria de Shin Suzuki.

em tudo que pode acontecer...do melhor para o pior. Impede, mas se eu durmo, fico acordando e dormindo, tendo uma noite péssima... isso aconteceu mais na pandemia".

A partir dos fragmentos e do caso clínico apresentados, percebemos diferentes expressões de sofrimento manifestadas, vivenciadas e faladas pelos adolescentes participantes de nossa pesquisa. Levando em conta a afirmação de Lacan (1967, p.4), "o Inconsciente é a política", depreendemos que tal sofrimento se caracteriza por sua dimensão sociopolítica à medida que articula "o sujeito com o gozo, o desejo, o saber e a verdade, nos laços sociais". Seu fundamento, a linguagem, engendra diferentes discursos que "indicam os modos de pertencimento possível para cada sujeito, atribuindo a cada um valores lugares e posições no laço" (ROSA, 2016, p. 22,24). No próximo subcapítulo, versaremos sobre a incidência do discurso médico sobre as diferentes experiências de sofrer.

4.3 Sofrer, enlouquecer e (poder) sonhar

A superposição das crises contemporâneas à crise própria da adolescência produz uma série de sofrimentos que, raras vezes, são acolhidos como parte de uma travessia intensa e própria deste período da vida. Na contemporaneidade, muitas experiências desta natureza vêm sendo individualizadas – regularmente atribuídas a um funcionamento neurológico – e, assim, desarticuladas de suas dimensões socioculturais – o que, no escopo desta pesquisa, tange tanto a coletividade adolescente, que compartilha de algumas transformações, quanto a pandêmica, que traz reestruturações sociopolíticas mais delimitadas. As respostas dadas às diferentes expressões de sofrimento são, frequentemente, medicalizantes[63] e universalizantes, o que produz o tamponamento das questões de cada sujeito e, consequentemente, seu silenciamento. Essa direção é radicalmente contrária à ética da psicanálise por subtrair a singularidade do processo que envolve as formas de sofrer e também, segundo Costa-Rosa (2013), incompatível com a lógica psicossocial que supõe um saber localizado no sujeito que é capaz de oferecer contorno acerca de seu sofrimento psíquico.

Nos encontros proporcionados por esta pesquisa, com frequência, os adolescentes se utilizaram de diagnósticos psiquiátricos e de terminologias biomédicas para dizerem dos motivos

[63] O conceito de medicalização não se refere apenas ao uso em excesso de remédios psicotrópicos e cinge toda gama de problemas da vida geral que foram fagocitados pelo saber da medicina (SAGGESE, 2021, p. 2).

pelos quais são cuidados no CAPSij: *"por causa da depressão e ansiedade"; "estava escrito [no encaminhamento] síndrome depressiva, mas acho que sou bipolar"; "teve as tendências suicidas"; "porque eu tenho tiques e tomo remédio"; "eu tenho depressão".* Nesta seleção de fragmentos, a dimensão da singularidade é escamoteada e se apresentam designações universais que buscam comunicar um estado emocional ou circunscrever uma forma de sofrer. O discurso da medicalização se faz evidente na fala de cada um dos participantes e se configura enquanto um risco ao fornecer uma explicação estanque que atribui a diversidade do sofrimento psíquico a uma causa única, com forma de tratamento também único, assim como seu prognóstico – siderando o sujeito ao diagnóstico e impedindo-o de falar sobre seu sofrimento (COSTA-ROSA, 2013). Nesta direção, o psiquiatra Edson Saggese (2021) aponta preocupação com os caminhos seguidos por adolescentes, com a chancela de seus pais, professores e terapeutas, na descrição de suas dores, em um constante flerte com a identificação a rotulações psiquiátricas, que reduzem suas experiências a desequilíbrios neurofisiológicos:

> [sintomas e transtornos] não necessitariam, segundo essas *modernas* concepções, de nenhuma elaboração psíquica, e sim de estratégias de controle do sofrimento baseadas em medicação. Fatores ambientais que contribuiriam para o sofrimento psíquico são desconsiderados, sejam eles conflitos familiares, escolas com projetos pedagógicos falhos ou crises socioeconômicas (p. 9).

A atribuição de classificações psiquiátricas e explicações orgânicas às complexas formas de sofrimento psíquico, principalmente na adolescência, constituem-se enquanto um obstáculo às possibilidades de corresponsabilização subjetiva – e dos atores sociais envolvidos naquela existência – além de produzir alternativas de tratamento que são orientadas por práticas de docilização de corpos que fogem à normatividade e apagamento das diferenças. Na esteira destes efeitos, há que se sublinhar também o equívoco no qual o profissional de saúde pode se embrenhar ao supor já ter compreendido os sintomas de um sujeito a partir de um diagnóstico. Desde Lacan (1955/2010), somos advertidos em relação à compreensão como aquilo que obnubila a escuta e entrava as possibilidades de condução do cuidado:

> Se compreendo, eu passo, não me detenho nisso, visto que já compreendi. (...) A resistência do paciente é sempre de vocês. E quando uma resistência é bem-sucedida, é porque vocês estão dentro até o pescoço, porque vocês estão compreendendo. *Vocês compreendem, vocês não têm razão* (p. 62, destaque da autora)[64].

[64] Ainda neste subcapítulo, versaremos mais atentamente sobre o ponto de resistência apontado por Lacan neste excerto.

No entanto, o sujeito do inconsciente é aquele que escapa às capturas imaginárias e ao controle, ainda que o discurso social opere efeitos realmente aprisionantes e reducionistas – como no caso do uso descomedido e massivo de diagnósticos psiquiátricos. Como um achado precioso de nossa escuta dos relatos de sonhos, há o seguinte fragmento que chama a nossa atenção, principalmente em relação ao verbo que precede o diagnóstico: *"eu sofro de ansiedade (...)",* o qual parece qualificar o significante esvaziado de sentido subjetivo do diagnóstico e nos convida a estabelecer uma relação entre o que é do campo do sofrimento de cada adolescente, como ele se expressa, de que forma é lido pelo outro e o destino que ele tem: um cuidado em um serviço de saúde mental. Diante do significante *sofrer*, na fala de uma participante, é possível formular a questão: como estamos escutando o sofrimento singular dos adolescentes neste serviço de saúde mental?

O sofrer tem contornos marcados pela gramática de cada época e se constitui como modalidade do mal-estar, portanto, suas expressões e seu tratamento, a níveis individual e coletivo, alteraram-se ao longo do tempo e nas diversas culturas (BIRMAN, 2012). Tampouco é exclusivo dos adolescentes: é algo inerente a todos os sujeitos. Logo na segunda parte da clássica obra freudiana "O Mal-estar na cultura" (1930/2020), quando se refere ao anseio humano pela felicidade duradoura, Freud deixa claro que a própria constituição subjetiva é um obstáculo para as possibilidades de se experimentar tal sentimento:

> O sofrimento ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, destinado à decadência e à dissolução, não pode nem mesmo prescindir da dor e do medo como sinais de alarme; do mundo exterior, que pode voltar sua raiva contra nós com suas forças descomunais, implacáveis e destrutivas; e, finalmente, das relações com os outros seres humanos. *O sofrimento que provém dessa fonte, talvez o sintamos de maneira mais dolorosa do que qualquer outro*. (p. 321, destaque da autora).

Ao admitir que o mal-estar e sua cota de sofrimento se encontram no cerne do laço social e, portanto, do encontro do sujeito com a alteridade, o discurso freudiano passa a considerar o desamparo[65] enquanto originário e a relação conflitual entre pulsão e civilização, não mais passível de contorno e cura. Neste momento de seu ensino, há uma reformulação epistemológica no discurso psicanalítico em relação ao início de suas obras ditas "sociais"[66], o qual passa a se debruçar sobre a gestão do desamparo como destino para o conflito entre pulsão e civilização (BIRMAN, 2005).

---

[65] Conceito freudiano [*Hilflosigkeit*] que diz respeito à experiência estruturante do sujeito com a figura que exerce seus cuidados primordiais quando bebê – este serzinho incapaz de sobreviver sozinho devido a sua imaturidade psíquica e orgânica. É central, principalmente, na articulação entre a dimensão do traumático e a angústia e é remetida à "entrada do sujeito na linguagem pela via do desejo do Outro" (ROSA, M.D.; ESTEVÃO, I.R.; BRAGA, A.M.,2017, p. 365).

[66] Ver: "A moral sexual "cultural" e a doença nervosa moderna" (FREUD, 1908/2020).

Seguimos com Freud e afirmamos que há uma correlação lógica entre sofrimento e desamparo e, com Lacan, a partir da noção de que o sofrimento decorrente do encontro com o outro é da ordem da própria inscrição do sujeito na linguagem, a qual sempre deixa um resto inapreensível (FARIA, 2021). Assim, é próprio ao humano – atravessado pela pulsão, linguagem e cultura – experimentar sofrimentos transbordantes, independentemente de como estejam arranjados seus registros Simbólico, Imaginário e Real. Ousamos afirmar que o sofrer, enquanto experiência de ruptura da aparente homeostase na qual se encontra o sujeito, seria análogo à experiência de enlouquecer, a qual se expressaria de formas particulares a depender da estrutura subjetiva de cada um. Citamos Lacan (1946/1998) a fim de sustentarmos a concepção de que a loucura está circunscrita no campo da humanidade:

> Pois o risco da loucura se mede pela própria atração das identificações em que o homem engaja, simultaneamente, sua verdade e seu ser. Assim, longe de a loucura ser um fato contingente das fragilidades de seu organismo, ela é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência. (...) E o ser do homem não apenas não pode ser compreendido sem a loucura, como não seria o ser do homem se não trouxesse em si a loucura como limite de sua liberdade (p. 177).

Nesse sentido, marcamos que há diferenciação entre os termos loucura e psicose a fim de buscar sua desvinculação e a indicação de que a experiência do enlouquecer, enquanto uma expressão de um sofrimento intenso e avassalador, pode acometer qualquer sujeito – estando mais ligada ao que é próprio do humano e não do diagnóstico, seja ele do campo da psiquiatria ou do campo da psicanálise. Já no início da teoria psicanalítica, Freud (1900/1901) propôs relativizar o que seria do campo psicopatológico, trazendo à cena as formações do inconsciente que seriam comuns e cotidianas a todos os sujeitos – lapsos, chistes, atos falhos, sintomas e sonhos. Embora não tenha se ocupado em realizar esta diferenciação de forma explícita, o interesse que sustentou ao longo de sua obra esteve direcionado à universalidade do inconsciente e o sofrimento enquanto produto de um conflito fundamental constituído a partir de uma divisão subjetiva. Com Lacan e a introdução da dimensão do real, o enlouquecer seria "da ordem do que não tem relação, lei ou sentido, e os afetos que acompanham o encontro com a dimensão radical da experiência humana" (MANDIL, 2020, p. 10).

Uma direção de tratamento às diferentes formas de sofrer é a possibilidade de construir narrativas e nomeações para essas experiências, que se circunscrevem em uma gramática delineada pelo contexto social e lógicas diagnósticas vigentes. Em alguns momentos de nosso caso clínico, é possível notar como Eduardo, pai de Fernanda, insistia em não patologizar as questões de sua filha.

Uma vez, ao falar sobre o comportamento hipersexualizado, ele chega a postular que a adolescente talvez estivesse querendo namorar. Apesar de escapar de certa rotulação diagnóstica, Eduardo não escapava de produzir sentidos àquilo que experienciava no encontro com a filha. Os diagnósticos fazem parte de um sistema classificatório que responde à uma ideologia hegemônica e, portanto, seus pilares são dependentes de uma epistemologia específica que cinge o modo de pensar e compreender as relações do sujeito com o outro e com o mundo. O estabelecimento de um diagnóstico "reconhece, nomeia e sanciona formas de vida entendidas como perspectiva provisória e montagem híbrida entre exigências de linguagem, de desejo e de trabalho" (DUNKER, 2011, p. 115) e a crítica que se faz nesta pesquisa é em relação à centralização excessiva do diagnóstico em um processo de cuidado e a consequente produção de um empobrecimento da escuta clínica, bem como a adesão ao rótulo como explicação principal e única para o mal-estar.

Os diagnósticos do campo da Psiquiatria, muitas vezes trazidos pelos próprios adolescentes, representam uma forma reducionista da compreensão do sofrimento psíquico vivenciado por eles, ao mesmo tempo em que os permite ocupar um lugar de identificação a um grupo: os ditos portadores de transtornos mentais que frequentam o CAPS, além de conferir certa "força performativa" que, com efeito, produz uma ampliação de "impossibilidades e restrições" (SAFATLE, 2016 apud SAGGESE, 2021, p. 8). A psicanálise também se utiliza de diagnósticos, evidentemente, mas que são elaborados e estabelecidos sob outra matriz clínica e outros parâmetros. Uma diferença fundamental – entre tantas outras – seria a de que seu valor se restringe ao analista, como índice orientador de condutas podendo, inclusive, ser revisitado e alterado diante dos efeitos que se observam a partir das intervenções. Todavia, este também pode ser utilizado de modo a fornecer alternativas construídas a priori e sem o sujeito, portanto universais, o que incorreria em um equívoco semelhante à forma de aplicar diagnósticos que criticamos.

Segundo Costa-Rosa (2013), apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que diz respeito à instauração de um campo consistente de críticas às práticas medicalizantes, o paradigma dominante no campo da Saúde Mental ainda é o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e que pode ser localizado a partir da:

> (...) estrutura das relações sociais e intersubjetivas fundadas no laço social do "Discurso Médico" carreado pela Psiquiatria, e à utilização contemporânea da medicação como resposta "*a priori*" para os impasses do sofrimento psíquico, realizada pela "Psiquiatria do DSM" (p. 62).

É por conta disto que os diagnósticos biomédicos têm tanto valor mesmo em um serviço que deveria se orientar por um paradigma radicalmente oposto a este (chamado pelo autor de Paradigma Psicossocial – PPS): o PPHM está enraizado para além dos espaços de saúde. Com efeito e frequência, a todos os usuários de um CAPS infantojuvenil é atribuída uma hipótese diagnóstica segundo a CID 10ª (Classificação Internacional de Doenças), uma vez que até mesmo as lógicas de faturamento dos serviços de saúde se orientam a partir dessas nomenclaturas[67]. No entanto, há que se problematizar os efeitos da medicalização do sofrimento humano, principalmente, em relação às épocas da vida em que a angústia de crescer não pode ser padronizada e respondida de forma unívoca. Quando sintomas são tratados enquanto sinal de certeza de um desequilíbrio neurofisiológico e não uma expressão de um enigma subjetivo, há risco de patologização das experiências e seus processos psíquicos, com a subsequente formação de "carreiras precoces de doentes mentais" (SAGGESE, 2021, p. 2).

Toda fundamentação diagnóstica, que já situamos acima, está diretamente articulada com as concepções daquilo que é normal e patológico. Estas noções são complexas e extrapolam bases orgânicas ou individuais, não sendo possível considerá-las universais:

> Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem *outras normas de vida* possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio –, serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é ausência de norma biológica, é uma norma diferente... (CANGUILHEM, 1966/2022, p. 96, destaque da autora).

Sublinhamos o trecho "outras normas de vida" a fim de dar destaque às variadas possibilidades de norma vigentes em diferentes organizações sociais e culturais e que exercem impacto nos pressupostos que engendram aquilo que se define enquanto normal e patológico. Mesmo dentro de uma mesma comunidade, os limites entre essas definições são pouco enrijecidos, como prossegue o autor:

---

[67] As lógicas de faturamento dos serviços de saúde se relacionam ao modelo de gestão estabelecido entre o Estado e as Organizações Sociais de Saúde (entidades não estatais e sem fins lucrativos). Em contratos firmados por certo período de gestão, são acordados objetivos e metas que devem ser relatados mensalmente à Secretaria Estadual de Saúde. Caso haja algum descumprimento dos termos previstos em contrato, a Secretaria efetua punições financeiras aos equipamentos. Essa forma de gerenciamento dos serviços de saúde é fundamentada na ideologia neoliberal e segue a lógica empresarial, afirmando, falaciosamente, que esta via garantiria o aumento de eficácia e produtividade, bem como a eliminação de entraves burocráticos. Sem nenhuma surpresa, "há fortes argumentos legais, administrativos e políticos que sugerem que as OSS não tendem a se constituir, em solução gerencial para resolver os problemas do SUS (SOARES; BORGES; SANTOS, *et al*., 2016, p. 847).

> (...) se o normal não tem rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. (...) A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, *mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente* (Ibid., p. 126, destaque da autora).

Assim, Canguilhem (1966/2022) ressalta como é mais fidedigna a compreensão daquilo que é tomado como patológico a partir de uma perspectiva singular, isto é, a métrica do sofrimento que se configura enquanto um desvio é do próprio sujeito. Neste sentido, não é nossa intenção desconsiderar que a subjetividade se forja também na coletividade, *pendularmente*, e que o olhar do outro tem seu lugar, mas sobretudo admitir que aquilo que deveria ser realçado diante da produção de sofrimento excessiva deve ser sempre cotejado pelo próprio sujeito e não por balizas universais e apriorísticas.

O saber cientificista pretende submeter a experiência do sofrimento psíquico a uma tradução universal que porta uma indiferenciação e desconsideração pelo sujeito do inconsciente, a fim de silenciá-lo (SILVA JUNIOR, 2019). Todavia, apreendemos que todo o sofrer se relaciona a um só tempo ao radical da singularidade de cada sujeito e à sua posição no laço social, forjado pelo inconsciente como instância que se caracteriza pela "particularidade de ser ao mesmo tempo interno ao sujeito (e sua consciência) e externo a qualquer forma de dominação pelo pensamento consciente (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 375)". O inconsciente, portanto, escapa ao aprisionamento da cognição.

Levando em conta essa possibilidade de escapar e se desvencilhar de quaisquer rotulações diagnósticas, os adolescentes participantes também puderam nomear seu sofrimento a seu modo, quando convidadas a contar o porquê iniciaram seu tratamento no CAPSij:

"Depois de um tempo do bizarro que aconteceu comigo comecei a sonhar menos(...)eu balançava a cabeça e não conseguia mais olhar no espelho...E parei de escutar música e desenhar [coisas que curte fazer]";

"Eu precisava de um lugar para me encontrar";

"Eu passei por traumas quando eu era mais nova, possivelmente sou uma pessoa diferente(...) Sempre tudo teve um peso, que eu sempre tive que carregar.";

"O CAPS me ajuda a ficar na Terra e ter equilíbrio, me ajuda a ficar na vida (...)porque eu tenho vontade de morrer";

"Tem vezes que eu tenho crises de raiva porque tem coisas que me lembram de algo que vivi e que não foi sonho, foi realidade".

As falas destacadas acima evidenciam que há um quantum de sofrimento psíquico, endereçado à pesquisadora, que não é possível de ser reduzido a um nome universal. Mesmo que muitos destes adolescentes compartilhem diagnósticos psiquiátricos, somente cada um deles pode bordejar, com seus próprios significantes, o vazio que produz seus sintomas e suas possibilidades de ancoragem na própria história de vida. Mais do que evidência, essas formas de expressar sofrimentos particulares – e nada universais – fazem um convite à reflexão: como tem sido escutados os adolescentes do CAPSij para além de seus diagnósticos?

Esta reflexão só foi alcançada diante da proposta de escutar aquilo que cada adolescente pode contar: ao nos inclinarmos[68] na escuta de seus sonhos, durante a pandemia de Covid-19, lançamo-nos em direção ao saber próprio de cada adolescente. Nosso interesse não foi a lista dos sintomas que se convertem em diagnósticos, ou saberes pré-estabelecidos por profissionais de saúde e familiares: o interesse principal de nossa pesquisa se dirigiu à oferta de uma escuta que privilegiou o saber inconsciente, que opera segundo sua própria lógica e se manifesta através da linguagem.

A escuta é o dispositivo analítico por excelência justamente por se diferenciar radicalmente do ouvir enquanto percepção: para além do som apreendido pelo ouvido e decodificado a nível cerebral, escutar um sujeito é poder fazê-lo de forma parcial, na direção de algo que não pode ser visto, apenas narrado por si mesmo (CURADO; LAZZARINI, 2019). Desde Freud, havia uma diferenciação fundamental entre os dois verbos, uma vez que escutar se tornou, para ele, um método de conhecimento, uma via de acesso aos conteúdos mais íntimos trazidos por seus pacientes neuróticos. Ao longo de toda sua extensa obra, Freud interroga seus pressupostos teóricos a partir de sua prática clínica. É com a paciente Emmy von N. que ele abandona a hipnose e passa a empregar o método catártico de forma abrangente, caminhando na direção de criar a terapia psicanalítica:

> Quando Freud a interrogava com insistência, ela se aborrecia, "muito rispidamente", e pedia que ele parasse de "lhe perguntar de onde veio isso ou aquilo, mas que a deixasse contar o que ela tinha a dizer" (GAY, 1989, p. 80).

---

[68] Em outro trabalho (DESENZI SILVA, 2016), explorei a etimologia da palavra clínica juntamente com aquela elucidada por Lancetti (2004) em torno da palavra *klíno*, inclinar-se, debruçar-se sobre o paciente. Proponho pensar que, no âmbito da psicanálise, a clínica se produz quando nos inclinamos diante de um sujeito e sua questão.

Esse pequeno excerto ilustra uma grande preciosidade na transmissão da psicanálise freudiana: ao escutar uma paciente, Freud esteve disposto a interrogar sua técnica e redirecioná-la. Ainda, na passagem do uso da hipnose e da sugestão ao método catártico[69], ele se utilizou pela primeira vez do termo resistência (1894;1895) que, embora não tenha lugar central no percurso desta pesquisa, comparece na prática da psicanálise para além de seus enquadres tradicionais. Seu significado corrente, segundo o dicionário Michaelis, percorre diversos campos, desde a elétrica, a física, a engenharia e a medicina, sendo definido como *um obstáculo, uma defesa, uma qualidade ou capacidade de suportar alguma adversidade, um movimento que mantém o lugar de uma posição ocupada* (2021, documento eletrônico). Na teoria psicanalítica, compreende-se enquanto um conceito fundamental da técnica, que é pilar para o estabelecimento da transferência, uma vez que esta é "a mais forte resistência ao tratamento" (FREUD, 1912/2010, p. 137). Ao explorar os diversos significados do conceito e brincando com o significante, tomaremos a resistência a partir do lugar dos profissionais que fazem a oferta de cuidado aos usuários do CAPSij e, nesse sentido, aproximando-nos do que diz Lacan de que a resistência é sempre do analista[70], construímos a hipótese de que há um *obstáculo* na escuta do sofrimento experienciado pelos adolescentes e que, nomeá-los a partir de seus diagnósticos psiquiátricos pode se constituir enquanto uma *defesa* frente ao insuportável encontro com esta alteridade.

Parece ser menos angustiante ouvir a patologização da dor de existir do que escutá-la a partir do lugar de quem se surpreende e não compreende. Ao tomar a fala de um sujeito a partir da lente da doença mental, enxerga-se apenas o caminho já traçado pelos sintomas padronizados, prognósticos universais, psicofármacos testados, e seu equívoco de compreensão total ao desconsiderar a dimensão inconsciente enquanto aquela apreensível apenas de forma parcial. Nenhum novo traço encontra abertura para se desenhar. No resgate da resistência como *movimento para manter uma posição*, realizar uma pesquisa que escuta sonhos é ato de resistência diante do saber biomédico que tem na sua força discursiva a naturalização e banalização de nomenclaturas que patologizam e compreendem o sofrimento psíquico como resultante de processos

---

[69] O método catártico contemplava o uso da hipnose enquanto técnica a fim de facilitar a investigação da segunda consciência. No entanto, em Estudos sobre a Histeria (1895/2016), Freud relata casos em que não foi aplicado o uso da hipnose. No caso conhecido por Miss Lucy R., chega a explicar o abandono do uso desta técnica, preterida, naquele momento, pelo uso do método da concentração com auxílio da pressão feita pela sua mão na testa da paciente.

[70] Essa máxima acompanha todo o ensino de Lacan e escolhemos a citação contida em seu Seminário 2, justamente por tocar essa dimensão que dialoga com nosso apontamento da dificuldade do analista (ou do profissional de saúde) em se posicionar frente ao desconhecido do encontro com o sofrimento do outro: "Existe apenas uma resistência, é a resistência do analista. O analista resiste quando não entende com o que ele tem de lidar" (1955/1985, p. 287).

organicamente disfuncionais, desconsiderando toda a sua complexa tessitura histórica e singular, além de excluir a dimensão inconsciente dele (SILVA JUNIOR, 2019).

A oferta de escuta do sujeito do inconsciente, portanto psicanalítica, em situações de angústia extrema se constitui como uma estratégia de resistência uma vez que permite "resgatar as condições para o reposicionamento do sujeito" (ROSA; POLI, 2009, p. 10). Esta aposta, enquanto estratégia de resistência à patologização do sofrimento, é também um *movimento* de escuta em direção a um saber que não se localiza nos profissionais tampouco em manuais classificatórios, deslocando o sofrimento intenso para um registro-convite ao compartilhamento da experiência (ROSA; POLI, 2009). Em diálogo com a citação supracitada de Lacan (1955/1985), sublinhamos o movimento para se distanciar do que ele nomeia enquanto "estado de *inércia e resistência* do analista" (p. 287) diante daquilo que ele busca emprestar um sentido que não o do próprio sujeito escutado. A escuta dos sonhos almejou escutar o saber singular de cada adolescente e seu lugar de resistência é duplo: na primeira volta, resiste a uma nomeação externa sob a lógica patologizante e, na segunda volta, é estratégia de resistência ao escutar o adolescente, sujeito comumente sem lugar no discurso social, inclusive no dos trabalhadores de saúde e educação, que costumam acompanhá-los.

Se nosso objetivo fosse apenas o de oferecer um espaço aos adolescentes do CAPSij, constituindo um lugar outro de escuta, poderíamos ter realizado encontros que não fossem mediados pelos sonhos, necessariamente. No entanto, fizemos esta escolha a fim de sustentar uma aposta de que, na esteira das diferentes nomeações do sofrimento:

> O trabalho do sonho tenta dar um tratamento para o desamparo constitutivo e social; recuperação da erótica da vida. Tenta construir uma narrativa possível para os tempos de *crise total, uma cura, um modo de lidar com a transformação no tempo* (ROSA *et al.*, 2021, p. 240, destaque da autora).

De acordo com o que destacamos, deflagrada a crise pandêmica, nossa proposta se desenhou desde o início como uma intervenção clínico-política, a fim de oferecer um contorno diante dos atravessamentos de cunho traumático que foram emaranhando os limites entre o particular e o comum, a fantasia ou a realidade material. Ainda, construir um espaço de endereçamento no qual o sonho como narrativa pudesse ser compartilhado e uma relação pudesse ser confeccionada.

Por fim, há a polissemia valiosa contida na palavra sonho, que não pode ser desprezada, como nos pontuam dois participantes:

"Mas são os sonhos de quando a gente tá dormindo ou sonhos do que a gente pensa pro futuro?"

"O sonho de quando durmo? Ou de quando estou acordada?"

Sonhos podem se referir aos fenômenos que ocorrem durante o sono ou durante a vigília e, em nossa pesquisa, havia espaço para suas duas formas de expressão. A primeira, já amplamente contextualizada como saída à angústia, se traduz em "poder compartilhar algo da ordem do vivido que recorta a dimensão do sofrimento perante o acontecimento" (Ibid., p.228). A segunda forma, sonhos que se relacionam ao que vem, aos anseios e ideais futuros tem valor, como designado por Ailton Krenak (2020), de adiamento do fim do mundo através da produção e invenção de novas histórias. Haveria espaço para sonhar no contexto distópico em que o Brasil se encontra mergulhado? Quais seriam as possibilidades dos adolescentes participantes – em seu recorte de raça, classe, gênero e produção sintomática – de sonhar novos futuros e novas narrativas? Apostamos que existam evidentes efeitos na possibilidade de se compartilhar sonhos a um outro que os reconheça e valide como forma de fazer furo diante do totalitarismo vigente e sustentaremos esta direção no próximo subcapítulo.

4.4 Entre o controle e a liberdade: A construção do caso clínico-político e a possibilidade de sustentar um lugar despatologizante no CAPSij

A proposição de se estabelecer um espaço de escuta de relatos de sonhos buscou resgatar, junto aos adolescentes-participantes, seu lugar de sujeitos de suas próprias histórias considerando sua experiência em meio ao colapso mundial contemporâneo. A perspectiva que dessubjetiva e exclui crianças e adolescentes, observada através da longa história de processos de violência cometidos contra esse público, a saber a institucionalização, criminalização, patologização e tutela de atos e comportamentos, produz efeitos diretos naqueles que estão sob essas relações, mas também nos destinos possíveis de um projeto societário (OLIVEIRA; VICENTIN; MASSARI, 2018). Nesta pesquisa, centramo-nos mais na constatação de que há a vigência de uma lógica patologizante das formas de sofrimento, que legitima práticas de controle através de intervenções biomédicas como único recurso a ser oferecido. E percorremos a direção de tensionar essas práticas com base na ampliação da perspectiva de cuidado.

A noção de cuidado é permeada por valores em tensão constante, principalmente por seu caráter de complexidade e atravessamentos morais e ideológicos. A preocupação com uma parcela

do que se considera cuidado, depois da eclosão da pandemia do coronavírus, parece ter ganhado mais enfoque: medidas e práticas sanitárias e de saúde mental, por exemplo. Neste contexto, as fronteiras entre medidas de cuidado individuais e coletivas se viram cada vez mais sobrepostas e de difícil definição:

> Se antes não sabíamos que partilhamos as superfícies do mundo, o sabemos agora. A superfície que uma pessoa toca carrega o traço dessa pessoa, hospeda e transfere esse traço, afeta a próxima pessoa cujo toque pousa ali. (...) Algo humano e viral perdura breve ou demoradamente nesta superfície que constitui um dos componentes materiais do nosso mundo comum (BUTLER, 2020, p. 2).

Ainda que coletiva, a pandemia não foi nada democrática, principalmente em países com profundas desigualdades socioeconômicas, como o Brasil. De urgência sanitária, partilhada com tantos outros territórios afora, rapidamente se instaurou uma urgência social. O sistema de saúde brasileiro teve suas fragilidades agudizadas e expostas diante das respostas insuficientes frente ao avanço da pandemia, ainda que tenha havido uma rápida reorganização dos serviços de saúde no sentido de mitigar os efeitos devastadores deste evento. Neste cenário, foi o corpo humano que tomou a frente das intervenções em saúde com:

> (...) novos protocolos clínicos, estabelecimento de novos fluxos, fortalecimento de certas modalidades de atenção e estruturas para assistência em saúde, além da ressignificação de funções de diferentes espaços de cuidado e seus atores (SEIXAS *et al.*, 2021, p. 2-3).

Destarte, foi notável a consistente mudança no funcionamento em todos os serviços componentes da RAPS, desde a suspensão de grande parte das atividades cotidianas que constituem o rol de práticas comunitárias até o remanejamento de trabalhadores para o desempenho de novas funções, relacionadas à contenção do desastre sanitário. A pandemia da Covid-19 e a doença desenvolvida no contato com o vírus acabaram por fagocitar as práticas de atenção à saúde que não estivessem diretamente ligadas a ela, produzindo um impacto considerável na integralidade deste cuidado[71], traduzindo-se em um processo de descaracterização que se estendeu para além dos equipamentos, atingindo as práticas que se construíam dentro deles. Aos dispositivos fundamentais de atenção ao sofrimento psíquico, foi conferida uma aparência de serviço de saúde básica, diluindo sua especificidade de um olhar ampliado às diversas formas de sofrer. Como num retorno ao cenário anterior à Reforma Psiquiátrica Brasileira, grande parte da rede de saúde se viu mais

[71] Em uma pesquisa realizada pela FGV, intitulada "Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience", pesquisadores analisam o aumento da desigualdade de oferta a procedimentos de saúde decorrente da malograda condução federal no combate à pandemia e seu impacto na resiliência do SUS, enquanto sistema já fragilizado por ausência de investimentos necessários.

ocupada com a doença do que com o sujeito e suas adversidades na forma de lidar com a maior crise sanitária dos últimos tempos e todos os limites que ela impôs.

As produções científicas no campo do cuidado em epidemias e desastres tem um longo percurso de experiências teórico-práticas que antecedem a eclosão da pandemia do coronavírus, uma vez que esses eventos inesperados fazem parte da relação da humanidade com o planeta e sua organização como sociedade. Destacamos a existência, desde 2019, do Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em Saúde Pública (NUSMAPS)[72] que busca, em parceria com a Fiocruz, produzir material de consulta e informação que subsidie as respostas relacionadas à produção do sofrimento psíquico e demandadas em desastres e emergências em saúde pública.

> A maior parte das reações e sintomas psicossociais manifestados após uma pandemia podem ser considerados normais diante de uma situação anormal. Apesar dessas reações serem esperadas, *estudos têm apontado para consequências em médio e longo prazo caso ações preventivas e de assistência não sejam colocadas em práticas*. Estima-se o aumento da incidência de transtornos psíquicos (*entre um terço e metade da população atingida*), variando de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais públicas na resposta à pandemia (NOAL *et al.*, 2020, p. 294, destaque da autora).

Os dados apresentados no excerto são preocupantes: no Brasil, a crise sanitária foi potencializada pela crise política e institucional e contornada por uma crise humanitária. Para além da saúde propriamente dita – aqui entendida enquanto a ausência da doença e de suas sequelas – outros fatores, determinantes para o sofrimento psíquico tampouco foram considerados importantes para a manutenção do conceito biopsicossocial de saúde. Manuel Desviat (2022)[73] sublinha que "a desigualdade social é a principal causa de sofrimento psíquico", o que põe em relevo a magnitude dos impactos experienciados pelo Brasil[74]. Não parece possível desarticular a produção de sofrimento da ausência de acesso a mínimas condições básicas de existência.

Quando mesmo respostas diretamente ligadas ao enfrentamento da pandemia, como orientações de biossegurança e estratégias de contenção da disseminação do vírus, foram sistematicamente negligenciadas pelo Governo Federal[75], logicamente se conclui que os cuidados

---

[72] Ver mais em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/programas-projetos/nusmaps/.

[73] Apresentação oral no 8° Congresso Brasileiro de Saúde Mental da ABRASME, realizado em 23/07/22, na cidade de São Paulo e parte da Mesa Redonda "Determinação Social e Saúde Mental".

[74] Segundo a ONU, "pela primeira vez, desde 1998, a porcentagem de pessoas vivendo na extrema pobreza aumentou de 8,4% em 2019 para 9,5% em 2020" (2021).

[75] Foi realizado um extenso e importantíssimo estudo interdisciplinar, envolvendo as áreas da Saúde Pública, Direito, Ciência Política e Epidemiologia, que apontou como "estratégia" todo o descaso intencional do governo federal em

em saúde mental também foram sumariamente desprezados. Houve, portanto, intencionalidade por parte do alto escalão da União em propagar não só o vírus da Covid-19, mas também o horror, a paralisia e a desmobilização face à barbárie em curso no território brasileiro. De forma pouco integrada, os diferentes Estados adotaram medidas sanitárias orientadas por diretrizes internacionais; as quais sustentavam que a resposta para a crise deveria estar centrada na concepção biomédica de doença, desconsiderando "singularidades, relações, inclusões e exclusões, valores e culturas, que certamente modificam a possibilidade e o curso dos adoecimentos" (SEIXAS *et al.*, 2020, p. 4).

Em uma das visitas domiciliares realizadas à Fernanda – a adolescente de nosso caso clínico – em que fomos paramentados com as EPIs recomendadas pela Secretaria Municipal de Saúde (máscaras PFF-2 e jaleco), ela não abriu a porta de seu quarto. Também por orientação institucional, não poderíamos adentrar a casa, ficando apenas do lado externo – o que tornava ainda mais difícil o acesso e encontro com ela. Eduardo, seu pai, insiste que entremos porque Fernanda não conseguiria sequer escutar o que estávamos falando. Ele diz que os jalecos podem confundir a filha, lembrando-a dos médicos da internação e fazendo com que ela se esqueça que já nos conhece e que nós vamos lá *"apenas para uma visita com conversa"*. Sugere, então, que a gente possa retirar, pelo menos, os jalecos e entrar para sentarmos no sofá da sala com ele. Eu e o médico que vínhamos acompanhando o caso e realizando semanalmente as visitas, decidimos acatar a sugestão na semana seguinte: mantivemos nossa máscara (recusando repetidas vezes a oferta de café ou suco) e retiramos o jaleco branco. Foi possível se aproximar da porta do quarto de Fernanda e conversar através dela. Na visita seguinte, ela sentou-se conosco na sala.

Apresentamos esta cena clínica a fim de colocar em relevo uma invenção de cuidado que articula, a um só tempo, sua dimensão micropolítica e a singularização de um processo que fora padronizado. Diante da escassez de investimentos e diretrizes que salvaguardassem práticas determinantes nos processos de cuidado em saúde mental, face à catástrofe pandêmica, foi necessário inventar formas diferentes de cuidar, seguindo o estilo do sujeito (VIGANÒ, 1999). É interessante, a partir da cena, que se possa refletir sobre as diretrizes universalizantes e a exclusão

---

relação à propagação do vírus e o caos produzido pela crise sanitária – agravada pela ausência de uma coordenação nacional que pudesse responder de forma eficaz na minimização dos impactos. Ver: "A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19", produzido pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

das particularidades experienciadas por cada sujeito no encontro com a Covid. Ali, naquela família, esse entendimento foi muito singular: apenas a mãe, Rose, usava máscara; Fernanda parecia alheia a todo o contexto; enquanto Eduardo entendia que máscaras acabavam com o oxigênio e que essa doença era uma estratégia do governo brasileiro, juntamente com o chinês, para eliminar as pessoas mais velhas de forma rápida. Como poderíamos manter a rigidez de protocolos diante dessa pluralidade de experiências sem, é claro, garantir a mínima proteção necessária?

Seguimos a dica de Eduardo, o que possibilitou nossa presença semanalmente naquela casa, escutando aquela família e aqueles sujeitos, ofertando um cuidado mais próximo e articulado a uma direção clínica de acolhimento do sofrimento psíquico. Este foi um exemplo de intervenção que buscou construir possibilidades de acolher o sofrimento, intervindo no modo singular de organização da família de Fernanda, portanto, em seu território de existência (OLIVEIRA; VICENTIN; MASSARI, 2018). A reinvenção de práticas esteve sempre presente no campo da Saúde Mental e, principalmente, na ideologia reformista que se fundou na criação de dispositivos que comportassem os fenômenos de sofrimento intenso, do enlouquecimento, para além dos muros da instituição. Segundo Rinaldi (2015), é "imperioso repensar constantemente a micropolítica que sustenta o trabalho cotidiano das equipes no enfrentamento das questões que tanto o real da clínica quanto o real da política impõem" (p. 316). Ou seja, por mais que haja alguma sustentação macropolítica daquilo que se realiza como política pública de Saúde Mental, há uma parcela essencial das construções deste campo que se faz na micropolítica, diante da clínica do um-a-um, tecida singularmente no encontro com cada sujeito e suas questões.

Nossa pesquisa nasce diante do impasse experimentado na instituição de saúde mental[76] em meio à pandemia: seguindo à risca as orientações fornecidas pela SMS-SP, os espaços coletivos do CAPSij foram suspensos e até mesmo a convivência teve seus contornos delineados por atendimentos individualizados. Sem dúvida toda a potência das práticas de Saúde Mental foi limitada e houve prejuízo nas abordagens terapêuticas que deveriam ser realizadas de forma comunitária. Logo, o impasse se deu à medida em que as particularidades que marcam um equipamento CAPS iam se tornando cada vez mais indistintas e uma imagem ambulatorial e

[76] Há um recorte nesta pesquisa que vale ser evocado: obviamente houve diferentes experiências das equipes de Saúde Mental das UBS ou de diferentes CAPS durante a pandemia da Covid-19. Essa diferença se deve, principalmente, às diferentes administrações feitas pelas OSS. Explicamos brevemente sobre essas diferentes lógicas de funcionamento na nota de rodapé 67, localizada no subcapítulo 4.3. A forma de articulação territorial, sua concepção e vivência comunitária, suas vulnerabilidades, se há ou não lideranças coletivas também exercem impacto na forma como as ações de saúde podem (e puderam) ser construídas.

medicalizada parecia estar se erguendo. Isto porque, diante da precariedade de ofertas às demandas provenientes da população, tanto dentro quanto fora dos muros do CAPSij, restavam atendimentos médicos – que trazem em seu bojo diagnósticos e medicações – ou atendimentos individuais. Estes recursos não se articulavam aos PTS e acabavam como únicas possibilidades, o que os empobrecia. A escuta dos relatos de sonhos surge enquanto uma alternativa que privilegiou a singularidade dos sujeitos em meio à burocratização de práticas, tendo sido esta uma saída institucional que serviu para responder ao vazio diante do inédito da pandemia. Assim como a patologização serve como defesa ao insuportável que a alteridade da loucura causa, a burocratização de práticas serve de defesa à tensão que se coloca quando é preciso reinvenção.

Diante da complexidade da situação social experimentada pela instituição de saúde na pandemia, podemos sustentar que tanto a construção do caso clínico quanto a escuta dos sonhos foram possibilidades de efetivar um cuidado despatologizante. Estes foram dispositivos de atendimento, de escuta dos sujeitos em questão, que puderam questionar o funcionamento institucional ao introduzir a dimensão sociopolítica do sofrimento, incluindo os efeitos do discurso social sobre as experiências subjetivas (ROSA; BROIDE; SEINCMAN, 2018). Identificamos como políticas ambas as estratégias, à medida que apontam para uma clínica do sujeito em seus laços sociais, isto é, remete-o a sua forma de relação com o outro, fundada na diferença. Por isso, reconheceremos que a construção realizada foi de um *caso clínico-político* e a escuta de sonhos, uma *intervenção clínico-política*.

A construção do caso clínico-político serve como uma possibilidade de ressituar o sujeito frente ao encontro com a escuta do psicanalista. O impasse da pandemia se formulou enquanto questão à equipe de cuidado de Fernanda: em sua crise, como estaremos mais próximos? Uma série de diferentes estratégias foram tentadas, algumas bem-sucedidas, outras não. Mas isso só pode acontecer a partir da intenção de revisitar as propostas de atendimento, impedindo que se cristalizassem as possibilidades de escuta durante a pandemia – esse momento de desamparo social e político que promoveu um enrijecimento ainda maior das práticas. Nesta direção, o espaço de escuta dos sonhos, por sua vez, constituiu-se enquanto "uma máquina de fazer ver e falar" (FANLO, 2011 apud BROIDE, 2015, p. 42), de modo que abriu espaço para que algo de singular e particular de cada adolescente-participante pudesse comparecer e ser tomado como uma narrativa importante; que eles pudessem participar de uma construção coletiva. Estes espaços abertos pelos impasses – clínicos e políticos, extensamente apresentados e contextualizados até aqui –

possibilitam que emerjam questões acerca do que não se sabe e que produzem movimentações institucionais:

> Para o psicanalista, esta prática é antes de tudo, formadora, porque é diante do real e do vazio de saber que ele deve sustentar a sua função, inventando um saber fazer ali, cujos efeitos só serão recolhidos a posteriori, seja diretamente na clínica com cada sujeito ou no trabalho em equipe (RINALDI, 2015, p. 322).

O mote das intervenções, sem dúvida, foi a escuta. Não basta que haja um sujeito em cena para que haja uma escuta analítica daquilo que ele comunica, ainda que não fale (ou que não possa). A escuta, enquanto condição para que se realize um trabalho com o sujeito do inconsciente, é possível quando há o estabelecimento da transferência, como a relação na qual o sujeito endereça algo daquilo que lhe faz sofrer ao analista ou profissional de saúde, tornando manifesto algo que o sujeito vivencia enquanto realidade psíquica. É no seu manejo que se sustenta a *estratégia* do trabalho do psicanalista, enquanto uma das diretrizes da clínica tal qual elucidadas por Lacan em 1958[77]. Pudemos observar alguns tipos de transferência que sustentaram as intervenções desta pesquisa: a transferência dos adolescentes com o CAPSij e suas referências, conduzindo-os a participar dos encontros; a transferência dos trabalhadores com a pesquisadora, supondo que algo de cuidado seria produzido a partir de sua aplicação; a transferência da pesquisadora com o objeto de seu interesse. Um campo de apostas se desenhou no entrecruzamento entre essas diversas transferências, no qual se produziram diferentes aportes de saber do sujeito, em um resgate da sua dimensão desejante (ROSA, 2016).

No sentido da emersão daquilo que é do sujeito, sublinhamos uma importante mudança no caso de Fernanda, que passa de um (longo) momento em que se vê perseguida pelos profissionais do CAPSij, representantes de sua loucura, para a possibilidade de suportar nossa presença em sua casa e, inclusive, a ida até o espaço físico do equipamento. Não se trata, obviamente, de uma operação milagrosa, mas sobretudo, de uma operação *transferencial:* nossa hipótese se sustenta no efeito que o significante "pesquisa" produziu na relação estabelecida. A posição do profissional de saúde, seja psicólogo ou médico, pressupõe um lugar de saber – de mestre[78] – que submete o sujeito

---

[77] Ver: LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder (1958) In: Escritos, Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

[78] A teoria lacaniana dos discursos é bastante densa e complexa, não sendo o trabalho com seus conceitos parte do escopo desta pesquisa de Mestrado. Segundo Quinet (2019), no entanto, um tratamento, inscrito no laço social, só se faz possível via discurso, sendo eles: discurso do Mestre, Universitário, do Analista e Histérico. Com o intuito de melhor situar o leitor na referência a esse fundamento, citaremos um trecho de seu livro, "Psicose e Laço Social", que exemplifica, de maneira simples, ao que estamos nos referindo quando falamos de uma posição de mestria: "Quando o médico manda e o paciente obedece (até na prescrição de um remédio), estamos no discurso do mestre; quando o

ao lugar de objeto. Por outro lado, a posição de *pesquisadora* revela que há um não-saber do lado daquele que interpela e se interessa pelo sujeito e o saber localizado no seu lado. Nesse deslocamento, de psicóloga para pesquisadora, também foi possível operar um deslocamento do Outro como consistente em saber para aquele que comporta um furo neste saber. A construção do encaminhamento entre os equipamentos e, portanto, a continuidade no cuidado de Fernanda, pode acontecer pela transferência e a criação de "uma zona intermediária entre a doença e a vida" (FREUD, 1914/2021, p. 160), já que novos territórios de experiência puderam se apresentar para ela.

Nesta direção, sujeito e desejo são posicionados de forma central no trabalho desenvolvido na instituição e apresentado aqui, deixando a ver a ética da psicanálise: para além daquilo que se recolhe no encontro singular e, sobretudo, na sua sustentação enquanto uma política cotidiana de trabalho que

> incide justamente sobre o que não anda, o que faz obstáculo, sobre o impossível do real, no sentido de sustentar esse furo no saber que favorece o reviramento discursivo, que movimenta a instituição e dá lugar à clínica que é sempre de cada sujeito (RINALDI, 2015, p. 322).

Portanto, é via micropolítica, nos encontros rotineiros e nas construções cotidianas, que se constitui a possibilidade de sustentar um cuidado despatologizante. A força daquilo que é macropolítico e hegemônico reside em tornar as diferenças patologizadas e as existências medicalizadas – formas de apagamento evidentes, ao passo que sutis. Desta forma, é possível efetivar o controle sobre as diferentes produções subjetivas. Em um contexto de tantas crises, muito além daquelas vividas nos âmbitos privados, sobretudo as que atingem o coletivo e produzem efeitos nas subjetividades, sonhar é "ato revolucionário...porque subverte o campo do não querer saber, do não se responsabilizar pelo dito" (ROSA *et.al.*, 2021) e é, na tessitura de suas possibilidades que se perfaz uma forma de resistir ao controle, já que este não acontece nem mesmo via sonhador. A liberdade, ainda que circunscrita às particularidades de cada sujeito, pode, então, se projetar – nem que seja como horizonte a ser perseguido.

---

médico ensina ou convence o paciente do que a psiquiatria tem a dizer sobre seus caso, ele se encontra no discurso da universidade; quando o médico cala e, ocupando o lugar de objeto causa de desejo em transferência, faz o paciente segredar aquilo que ele mesmo nem sabia que sabia, vemos a emergência do discurso do analista. E, quando o médico se vê impulsionado a se deter, a estudar e a escrever para produzir um saber provocado pelo caso do paciente, estamos no discurso histérico" (QUINET, 2009, p. 19).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: EFEITOS PANDÊMICOS E EFEITOS DE ESCUTA

> "Falo querendo entender, canto para espalhar o saber e fazer você perceber
> Que há sempre um mundo, apesar de já começado, há sempre um mundo pra gente fazer
> Um mundo não acabado
> Um mundo filho nosso, com a nossa cara, o mundo que eu disponho agora foi criado por mim
> Euzin, pobre curumim, rico, franzino e risonho, sou milionário do sonho[79]"

Esta dissertação de Mestrado é produto de uma intervenção clínico-política realizada em uma instituição de saúde mental e em meio a uma *crise* sanitária, política, social e subjetiva. A intenção, desde o início da formulação de nossa questão de pesquisa, foi ofertar um modo de acolhimento e escuta aos adolescentes que faziam seus tratamentos ali. Partimos do pressuposto de que, na superposição de crises, em que o não-saber se faz evidente, há mais espaço para a padronização de respostas e burocratização de práticas do que para a escuta – o que não ocorre sem efeitos deletérios para a subjetividade. Escolhemos o sonho como método que buscou privilegiar uma elaboração própria e singular de cada participante a fim de produzir um espaço de escuta alternativa ao reducionismo e patologização do sofrimento psíquico. Pudemos recolher efeitos inesperados (e interessantes) que extrapolaram o recorte pensado para a participação: um profissional de saúde do próprio equipamento e uma criança-usuária tomaram para si o convite que fora lançado à instituição.

Em um atendimento de referência, a mãe de Lara diz que a menina, de 9 anos, tem muitos sonhos e que sempre os compartilha com a mãe. O psiquiatra que acompanhava o caso deu pouca importância para essa informação, ao passo que a fonoaudióloga (referência) pediu que ela lhe contasse mais. Tatiana, a mãe, diz que faz anotações todas as manhãs, com os relatos dos sonhos de Lara, e reforça que acharia importante que ela pudesse contar sobre eles em algum atendimento. A referência me procura, questionando se poderia haver uma exceção, pois tanto Lara quanto sua mãe gostaram de saber que estava em curso, ali naquele CAPSij, uma pesquisa interessada em sonhos. Foi apenas um encontro, no qual Lara se recusou a falar em voz alta, cochichando respostas para as minhas perguntas no ouvido da mãe. Em seus relatos, foi frequente a presença de diferentes animais: *"assustadores",* como um *"enxame de abelhas embaixo da cama"* ou *vários outros que entravam em sua casa*, mas também animais que estavam *perdidos,* como seu cachorrinho Paçoca.

---

[79] EMICIDA; ELISA LUCINDA, 2013.

Ela também *se vê perdida* em muitos deles: *se perde* da mãe ou *é perdida* por ela, perde o pai e, em seguida, a mãe *para a morte*.

Carlos era um enfermeiro recém-chegado naquele CAPSij e foi apresentado à pesquisa tão logo começou a participar de espaços de discussão de caso. Ficou bastante interessado pela temática do sonho, situando-o como elemento fundamental para elaboração de questões próprias. Assim, enviei a ele um dos artigos do livro "Sonhos Confinados", que escrevi com outras colegas[80]. No dia seguinte à leitura, Carlos me procura para contar que *a leitura do artigo lhe fez sonhar,* e me apresenta seus sonhos escritos, *longo processo construído a partir das palavras-chave que ele havia anotado.* Assim, estendo a ele o convite para participar da pesquisa, não podendo deixar de escutar que algo havia acontecido ali, naquele encontro comigo, com a pesquisa, com o artigo e com o sonhar.

"Inicialmente estava em um local que remete aos antigos manicômios ou até mesmo algo que lembrava um depósito escuro, havia janelas por onde entrava luz indireta...inexistência de energia elétrica. Estavam presentes neste local: um médico de vestes sociais, uma mulher loira, de vestes claras, e um jovem de vestes brancas aparentemente enfermeiro; todos tinham, em média, 30 anos de idade. Eram rostos não conhecidos por mim fora do sonho, mas sentia familiaridade intuitiva com pessoas do meu convívio atual. Eu assistia a cena como um espectador, não interagindo com o local ou pessoas, mas sentia tudo que o enfermeiro sentia." Ele descreve, em detalhes, um procedimento sendo executado na frente da mulher loira e do suposto enfermeiro, com alguma violência por parte do profissional médico.

Carlos faz uma interessante análise de seu sonho, durante sua sessão de psicoterapia e a apresenta a mim: *"por meio de um poder médico naquele contexto, me senti deslegitimado e com medo de ajudar e ser aprisionado de vez no manicômio, quase como se o profissional se misturasse com o local e suas violências; podendo tornar-se aquilo que dispara o medo".* Ele interpreta que o sonho mostra *o "quanto contextos de intenso sofrimento físico, psicológico e principalmente a questão social da então paciente do sonho mexeram com minhas questões político-sociais".*

O que é bastante interessante nos fragmentos apresentados acima, sobre estas participações inusitadas, mas endereçadas de forma consistente, é que eles dialogam, em certa medida, com três aportes dessa pesquisa. Primeiramente, a dimensão do sonho como sismógrafo, pois "neles combinam-se elementos heterogêneos, elementos que nossa limitada experiência consciente não se

[80] Ver: "Máquina de moer sonhos": A pandemia e os sonhos das juventudes.

permite ou não consegue processar" (IANNINI *et.al.*, 2021, p. 37), com elementos oníricos comuns a tantos relatos de sonhos recolhidos pela pesquisa da Oniropolítica, comparece através dos pesadelos de Lara: bichos, perdas, invasões – experiências comuns no contexto da Covid-19. Em segundo lugar, o sonho de Carlos, provocado pelos trabalhos pandêmicos – de pesquisa e seu novo emprego – apresenta uma relação de poder que foi explorada em nossa pesquisa, à medida em que se apresentava através da medicalização de diferentes experiências. Por fim, pelo caráter fortuito dessas participações, recolhemos a movimentação produzida na oferta deste espaço de escuta da singularidade dentro da instituição. Isto é, a pesquisa se configurou enquanto uma alternativa aos espaços de atendimento cristalizados pela pandemia e que poderiam promover uma cronicidade, mas do lado institucional: tanto no que diz respeito à surdez da equipe técnica (RINALDI, 2015) como quanto aos rumos assistenciais que podem seguir os atendimentos que desconsiderem a dimensão clínica (VIGANÒ, 1999).

Ao psicanalista que exerce uma função institucional cabe "possibilitar a abertura para que o sujeito possa inscrever algo de sua singularidade na instituição" (ROSA *et al.*, 2013, p. 87) podendo valorizar a centralidade no sujeito como a direção do cuidado ofertado. Somente o resgate da dimensão clínica do cuidado e sua articulação aos processos de reabilitação psicossocial são capazes de sustentar intervenções que se alinhem a uma clínica que possa oferecer resistência às visões reducionistas acerca do sujeito, seu sofrimento e suas formas de estar no mundo. Como forma de romper com essa repetição que se apresenta enquanto obstáculo para a escuta, produzindo, assim, silenciamento, a escuta da singularidade se constitui enquanto aposta a ser sustentada. Segundo Moretto (2019), há um risco na exclusão da subjetividade, principalmente em um contexto clínico, na medida em que o universal se mostra insuficiente para dar conta das experiências de cada sujeito diante daquilo que lhe acontece.

Ao contrário do que se dizia no início da pandemia da Covid-19, a disseminação do vírus e os impactos decorrentes da contaminação em massa, não foram fenômenos democráticos, que atingiriam a todos sem distinção de raça, gênero ou classe social. Tampouco a catástrofe em que o planeta se viu imerso, produziu a reflexão com fins coletivos que se esperava no início da pandemia. O desastre pandêmico, por sua vez, desvelou um projeto de sociedade desigual e individualista, expondo as estruturas que sustentam aspectos diversos de um projeto social de exploração, exclusão e destruição da diferença – fundante aos sujeitos. Tanto macro quanto

micropoliticamente, a crise sanitária acentuou e intensificou modos de pensar e agir que já estavam ali:

> A Covid-19 escancara o esgotamento de todos os limites possíveis da noção de sociedade, colocando em xeque as lógicas de organização das existências centradas nas vidas-mercado, no agravamento das desigualdades e o (des) lugar que a saúde ocupa neste processo (SEIXAS, *et al.*, 2020, p. 11).

Neste sentido, quando nossa pesquisa revela um fortalecimento de práticas reducionistas e a patologização de diferentes formas de existência dentro daquele CAPSij, não busca apontar na direção de uma produção pandêmica, mas sim a algo que emerge no contexto da *crise*. Indica um significativo limite da Luta Antimanicomial, no que diz respeito à fragilização dos pressupostos reformistas diante dos impasses da alteridade, os quais se inscrevem na realidade cotidiana. Infelizmente, apesar dos avanços, não é possível afirmar que a *transformação social complexa* em relação à loucura foi completamente bem-sucedida. Restam ainda, e principalmente neste momento de recuperação dos impactos decorrentes da catástrofe sanitária, grandes desafios nas leituras possíveis do sofrimento que transborda os limites socialmente aceitos. Seria interessante, em um futuro trabalho, poder destrinchar as possibilidades de construção teórico-clínica daquilo que emerge diante de diferentes crises no âmbito da saúde mental.

Em diversos pontos deste escrito, utilizamos a imagem do *pêndulo* a fim de transmitir a ideia de movimento entre polos, sem fixidez e com fronteiras pouco delimitadas, de forma a estabelecer entre eles uma relação. A partir de Monzani (1989), acrescentamos mais um movimento a esse objeto: o espiralado, com o intuito de demonstrar que "o que temos é uma progressiva rearticulação e redefinição dos conceitos determinada por sua lógica interna e pela progressiva integração dos dados da experiência (p. 303)". Mobilizadas, então, por aquilo que vem do sujeito, buscamos deixar evidente nosso apreço pela suspensão das certezas contidas na patologização dos processos de sofrimento, afirmando esta como uma direção ético-política sustentada pela psicanálise e que pode ser considerada como proposta a ser seguida nas instituições de saúde mental. Segundo Rosa e Poli (2009):

> As práticas psicanalíticas constituem, elas também modalidades de resistência, que permitem resgatar as condições para o reposicionamento do sujeito. Em situações de extrema angústia e perda de referenciais identificatórios prevalece a oferta da escuta (p. 10).

É evidente que tanto a escuta dos relatos de sonho quanto a construção do caso clínico-político compuseram uma proposta de reposicionamento do sujeito frente aos efeitos do sofrimento sociopolítico em sua subjetividade. A clínica que se dedica a dar um lugar a esta camada do

sofrimento busca, particularmente, constituir-se enquanto “amparo discursivo ao sujeito” a fim de “reverter e inverter a direção de práticas de modo que permita a todos a elaboração de seu lugar na cena social” (ROSA, 2016, p. 196).

A entrada da Psicanálise no campo da Saúde Mental é possível à medida que diferentes saberes alçam um lugar de reconhecimento social, inclusive e principalmente o saber proveniente do sujeito (RINALDI, 2015). Esta práxis, considerando sua indissociável articulação entre teoria e prática, não se esgotou na transmissão dos grandes fundadores de Escola, embora sua contribuição tenha sido crucial para todo o desenvolvimento das bases teórico-clínicas. Nos últimos anos, este campo multifacetado e complexo tem buscado se democratizar, transitar por diferentes interfaces e, principalmente, reconhecer suas próprias cristalizações. Sobretudo, a partir de uma clínica viva e em movimento – que extrapolou os muros dos consultórios particulares, das instituições de saúde mental, das pequenas salas, em direção à rua, a espaços públicos, a escutas pontuais ou atendimentos remotos – pôde revisitar seus cânones, questionando conceitos e encampando debates espinhosos e necessários. Pendularmente espiralado, como traço do percurso da Psicanálise desde Freud, o que não parece vacilar é sua aposta radical na existência do sujeito do inconsciente e em sua singularidade. É este nosso ponto de partida, chegada e reinvenção.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. O que é um paradigma? In: **Signatura rerum:** sobre o método. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2019, p. 9-43.

ALTINO, L. IBGE: população autodeclarada preta cresce 32,4% no Brasil, em 10 anos. **O Globo.** Rio de Janeiro, 22 de jul. 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/07/ibge-populacao-autodeclarada-preta-cresce-324percent-no-brasil-em-10-anos.ghtml >. Acesso em 05 out. 2022.

AMSTALDEN, A. L.; HOFFMANN, M. C.; MONTEIRO, T. P. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (org) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2016. p. 33-45.

AMARANTE, P. D. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (orgs.). **Fim de século:** ainda manicômios? – São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BAGNOLA, E. P. P. A reestruturação da Rede de Saúde Mental: reflexões sobre suas consequências na prática clínica em um Caps infantil na cidade- impasses e desafios seguindo preceito da integralidade. In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (orgs). **Reconhecer o patrimônio da Reforma Psiquiátrica:** o que queremos reformar hoje? – 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2016, p. 72-88.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cad. Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000700401&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em 07 mai. 2021.

BARBOSA, A. S.; CORRALES, C. M.; SILBERMANN, M. Controvérsias sobre a revisão ética de pesquisas em ciências humanas e sociais pelo Sistema CEP/Conep. **Rev. bioét.** (Impr.). 2014; 22 (3): 482-92. Disponível em <https://www.scielo.br/j/bioet/a/vMXfX9cQqFxwFNdnCCLHRXp/?lang=pt&format=pdf >. Acesso em 20 ago. 2022.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: **A instituição negada, relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995, p. 99-133.

BERADT, C. **Sonhos no Terceiro Reich**. São Paulo: Três Estrelas, 2017.

BIGONI, A.; MALIK, A. M.; CARRERA, M. B. M.; SCHIESARI, L. M. C.; GAMBARDELLA, D. D.; MASSUDA, A. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: an analysis of resilience. **The Lancet Regional Health – Americas.** Vol 10. June, 2022, p. 1-14. Disponível em: < https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00039-4/fulltext >. Acesso em 20 out. 2022.

BIRMAN, J. O mal-estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova do social. **PHYSIS:Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, suplemento, p. 203-224, 2005

_____. **O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 24 jul 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n°8069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA), e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 16 jul.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n°8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 20 set.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n°8142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n°10216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 09 abr.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n°366, de 19 de fevereiro de 2002.** Regulamenta as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e estabelece normas de funcionamento e composição de equipe.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n°3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011; 26 dez.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH).** 1ª ed. 1ª reimp. Brasília: Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >. Acesso em: 05 nov. 2022.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SMS n. 260, de 18 de junho de 2020**. Altera a determinação de suspensão parcial de consultas, exames, procedimentos regulamentada pela portaria SMS.G nº 154/2020 e estabelece o retorno gradual aos atendimentos agendados nas UBS, CAPS, URSI, PAI, CEO, EMAD, CER, CECCO e Unidades de Práticas Integrativas e Complementares em conformidade com as normas de biossegurança e distanciamento social até retorno de 100% das atividades conforme o cenário da pandemia COVID 19. Diário Oficial da Cidade 2020, 19 jun.

_____. Atos do Poder Executivo. **Decreto n°11.098, de 20 de junho de 2022**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União; 21 jun.

BROIDE, J. A construção de dispositivos clínicos. In: BROIDE, J.; BROIDE, E. E. (org.). **A psicanálise em situações sociais críticas:** metodologia clínica e intervenções. São Paulo: Escuta, 2015, p. 39-49.

BUTLER, J. Traços humanos nas superfícies do mundo. **Pandemia Crítica – n-1 edições.** Tradução André Arias e Clara Barzaghi. Disponível em <https://n-1edicoes.org/042>. Acesso em 16 jun. 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico (1966).** 7.ed. – [Reimp.] – Rio de Janeiro: Editora Forense, 2022.

CARON, E.; FEUERWERKER, L. C. M. Gestão Autônoma de Medicação (GAM) como dispositivo de atenção psicossocial na atenção básica e apoio ao cuidado em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.4, 2019, p. 14-24.

CASTELO, C. Joyce era louco? **Revista Bravo!** 29 ago. 2017. Disponível em <https://medium.com/revista-bravo/joyce-era-louco-fa7456019458>. Acesso em 16 set. 2022.

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA). **A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 200f., 2021.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE**. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017**. Disponível em: < https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucao-cit-no-32-2017-de-17-de-dezembro-de-2017 >. Acesso em 15 mai. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os

direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Diário Oficial da União 2013, 13 jun.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COUTO, M. C. V; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p.17-40, 2015.

_____. Intersetorialidade: Exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (org) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2016. p. 271-279.

CRISE. **Michaelis On-line**. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro>. Acesso em 06 mai. 2021.

CURADO, B. T.; LAZZARINI, E. R. Narrativa em análise: da escrita ao conto. **Cad. Psicanál. (CPRJ).** Rio de Janeiro, v. 41, n. 40, 2019, p. 35-47.

DESENZI SILVA, M. **O cuidado na saúde pública**: potencialidades de uma clínica em movimento. 2016. Monografia – Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental, Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). São Paulo, 2016.

DIAS, A. C. A. L. **O desejo na psicose e a construção do Projeto Terapêutico Singular:** considerações psicanalíticas sobre a direção de tratamento na saúde mental pública. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 144p. 2019.

DINIZ, M. O(a) pesquisador(a), o método clínico, e sua utilização na pesquisa. In: FERREIRA, T.; VORCARO, A. (orgs.) **Pesquisa e Psicanálise:** do campo à escrita. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p.111-128.

DUNKER, C. I. L. Estruturas clínicas e constituição do sujeito. In: BERNARDINO, L. M. F. (org.) **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: Escuta, 2011, p. 121-139.

_____. Apresentação: o sonho como ficção e o despertar do pesadelo. In: BERADT, C. **Sonhos no Terceiro Reich**. São Paulo: Três Estrelas, 2017, p. 8-26.

_____. Epílogo – Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. **Patologias do social:** Arqueologias do sofrimento psíquico. 1ª ed., 2ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2019, p. 317-351.

_____. Oniropolítica: alegorias da violência no Brasil contemporâneo. **Blog da Boitempo.** São Paulo, 07 de out. 2019. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2019/10/07/oniropolitica-alegorias-da-violencia-no-brasil-contemporaneo/ >. Acesso em 20 set. 2021.

DUNKER, C.; PERRONE, C.; IANNINI, G.; ROSA, M. D.; GURSKI, R. Apresentação. In: **Sonhos confinados:** o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia? 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 09-21.

ELIA, L.; AMARAL, N.; ARMONY, N. S.; PINTO, R. F.; SANTOS, K. W. A. Impactos da política de saúde mental infantojuvenil na clínica do autismo praticada em rede territorial de cuidado no Rio de Janeiro: diretrizes das políticas públicas e estrutura do dispositivo clínico. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. (org) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2ª ed. – São Paulo: Hucitec, 2016. p. 211-229.

ELIA, L. Uma equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In: KAMERS, M.; MARIOTTO, R. M. M.; VOLTOLINI, R. (orgs.) **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência.** São Paulo: Escuta, 2015, p. 243-264.

FARIA, M. R. Lacan com Lacan. In: **Constituição do Sujeito e Estrutura Familiar:** o Complexo de Édipo, de Freud a Lacan. 3ª Edição. 3ª Reedição. Taubaté-SP: Editora e Livraria Cabral Universitária, 2021, p. 125-142.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental,** ano VII, n.1, mar/2004, p. 75-86.

_____. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos:** a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A. C.; GUERRA, A. M. C.; DIOGO, D. R. O trabalho em equipe na atenção psicossocial: a prática entre vários. In: III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e IX Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2006, Belém. **Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental**, 2006.

FOUCAULT, M. Aula de 21 de novembro de 1973. In: **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 49-77.

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa (1894). In **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, Vol. III**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 21-33.

_____. **Obras completas, volume 2:** estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

_____. **Obras completas, volume 4:** a interpretação dos sonhos (1900). 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

_____. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: **Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, Vol. VI**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. A moral sexual "cultural" e a doença nervosa moderna (1908). In: **Cultura, sociedade, religião:** O mal-estar na cultura e outros escritos. 1ª ed., 1ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 65-97.

_____. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia paranoides)* relatado em autobiografia ("O caso Schreber", 1911). In: **Obras completas, volume 10:** Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: ("O caso Schreber"): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. A dinâmica da transferência (1912). In: **Obras completas, volume 10:** observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("o caso Schreber"), artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913). 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 133-146.

_____. Lembrar, repetir e perlaborar (1914). In: **Fundamentos da Clínica Psicanalítica.** 2ª ed., 4ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 151-164.

_____. Além do princípio do prazer (1920). In: **Obras completas, volume 14:** história de uma neurose infantil: ("o homem dos lobos"): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 161-239.

_____. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: **Cultura, sociedade, religião:** O mal-estar na cultura e outros escritos. 1ª ed., 1ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 137-232.

_____. "Psicanálise" e "teoria da libido", dois verbetes para um dicionário de sexologia (1923). In: **Obras completas, volume 15:** psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923). 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 273-308.

_____. O mal-estar na cultura (1930). In: **Cultura, sociedade, religião:** O mal-estar na cultura e outros escritos. 1ª ed., 1ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 305-410.

GAY, P. **Freud, uma vida para o nosso tempo**. Tradução de Denise Bottmanns. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GURSKI, R.; PEREIRA, M. R. A experiência e o tempo na passagem da adolescência contemporânea. **Psicologia USP,** v. 27, n. 3, 2016, p. 429-440.

GURSKI, R; PERRONE, C. Do ensaio-flânerie à escuta-flânerie: contribuições ao campo das pesquisas em psicanálise e (socio)educação. In: GURSKI, R; VOLTOLINI, R. (Orgs.). **Retratos da pesquisa em Psicanálise e Educação**. São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

_____. "Constelação": sonhos, psicanálise e política em tempos de pandemia. In: **Sonhos confinados:** o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia? 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 109-130.

IANNINI, G. **Dossiê:** Sonhos Aprisionados. Revista CULT. São Paulo, n. 264, fev 2021.

IANNINI, G.; RENA, A. C. C. B.; BRITTO, A. L. S.; CABRAL, A. G. A.; BOSSA, D. F.; SIQUEIRA, F. G.; SOARES, G. A.; MOREIRA, I. G.; MONTEIRO, J. M.; BRUN, O. A. "Casa": sonhos infamiliares. In: **Sonhos confinados:** o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia? 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 35-69.

IANNINI, G.; SANTIAGO, J. **Cultura, sociedade, religião:** O mal-estar na cultura e outros escritos. 1ª ed., 1ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

JORGE, M. A. As quatro dimensões do despertar - sonho, fantasia, delírio, ilusão. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, jul/dez. 2005, p. 275-289.

KATZ, I. Infâncias contra hegemônicas para descolonizar a psicanálise. **n-1 edições.** Disponível em < https://www.n-1edicoes.org/infancias-contra-hegemonicas-para-descolonizar-a-psicanalise>. Acesso em 25 set. 2022.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LEILÃO, I. B.; AVELLAR, L.Z. 10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil. **Estilos da Clínica,** São Paulo, v.25, n.1, p. 165-183, 2020.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1945). In: **Escritos.** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 197-213.

_____. Formulações sobre a causalidade psíquica (1946). In: **Escritos.** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 152-196.
_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos.** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 238-324.

_____. Abertura do Seminário. In: **O seminário, livro 1:** os escritos técnicos de Freud, 1953-1954. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller, versão brasileira de Betty Milan - 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009, p. 9-12.

_____. Introdução aos comentários sobre os escritos técnicos de Freud. In: **O seminário, livro 1:** os escritos técnicos de Freud, 1953-1954. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller, versão brasileira de Betty Milan - 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009, p. 15-30.

_____. O desejo, a vida, e a morte. In: **O seminário, livro 2**: o eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise, 1954-1955. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller, versão brasileira de Marie Christine Laznik Penot com a colaboração de Antonio Luiz Quinet de Andrade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985, p. 278-295.

_____. "Eu venho do salsicheiro". In: **O seminário, livro 3:** as psicoses, 1955-1956. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller, versão brasileira de Aluísio Menezes – 2.ed. revista. – Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 57-74.

_____. A ciência e a verdade (1965). In: **Escritos.** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 869-892.

_____. (1967). Sessão de 10 de maio de 1967. In: **O Seminário, livro 14:** a lógica do fantasma (1966-1967). Inédito.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética.** São Paulo: Hucitec, 2008.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise;** sob a direção de Daniel Lagache; tradução Pedro Tamen. - 4ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LATOUR, B. Imaginar gestos que barrem o retorno da produção pré-crise. **AOC Media** Domingo, 29 mar 2020. Disponível em <https://n-1edicoes.org/008-1>. Acesso em 20 mai. 2020.

LEITÃO, I. B; AVELLAR, L. Z. 10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 25, n. 1, abr. 2020.

LYKOROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um Capsi? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOROPOULOS, C. B. (org.) **O Capsi e o desafio da gestão em rede** - 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016, p.87-99.

MANDIL, R. Prefácio. In: TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. **Psicopatologia lacaniana I: semiologia.** 1ª ed., 3ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 9-11.
MARCOS, C. A escrita do caso clínico em psicanálise: uma lógica não-toda. In: FERREIRA, T.; VORCARO, A. (orgs.) **Pesquisa e Psicanálise:** do campo à escrita. 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 97-110.

MERHY, E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. **Conselho Federal de Psicologia - Drogas e Cidadania: em debate.** Brasília: CFP, 2012, p. 9-18.

MONZANI, L. R. Conclusão (A Espiral e o Pêndulo). In: FREUD, S. **O movimento de um pensamento.** 2.ed. – Campinas: Editora da UNICAMP, 1989, p. 301-304.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde** - 1ª ed. São Paulo: Zagodoni, 2019.

NADER, A. **O não ao manicômio: fronteiras, estratégias e perigos.** São Paulo: Benjamim Editorial, 2019.

NOAL, D.S.; FREITAS, C.M.; PASSOS, M.F.D.; SERPELONI, F.; MELO, B.D.; EL KADRI, M.R.A.; PEREIRA, D.R.; SOUZA, M.S.; MAGRIN, N.P.; KABAD, J.F.; MENESES, S.S.; LIMA, C.C.; REZENDE, M.J. Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. **Saúde Debate.** Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, dez. 2020, p. 293-305.

NUNES, S. A. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010, p. 373-389.

NUNES, M. O; LIMA JUNIOR, J. M; PORTUGAL, C. M.; TORRENTÉ, M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência & Saúde Coletiva.** 24 (12): 2019, p. 4489-4498.

OLIVEIRA, H. M.; HANKE, B. C. Adolescer na contemporaneidade: uma crise dentro da crise. **Ágora.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 295-310, mai./ago. 2017.

OLIVEIRA, A. C.; MIRANDA, L. Práticas Clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 99-112, jan./jun. 2020.

OLIVEIRA, A.; VICENTIN, M. C. G.; MASSARI, M. G. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. **Rev. Polis e Psique,** 8(3): 225-245, 2018.

OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. **OPAS.** Genebra, 17 jun., 2022. Disponível em < https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao >. Acesso em 28 ago. 2022.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO. **Comitê de Ética em Pesquisa – SMS**, 2019. Disponível em<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/index.php?p=283232>. Acesso em 08 set. 2021.

PAULA, B. H.B.; SOMBINI, C. H. M. Espaço criativo: a invenção de um CAPSIJ. In: In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (org). **Reconhecer o patrimônio da Reforma Psiquiátrica:** o que queremos reformar hoje? – 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2016, p. 50-61.

PÊNDULO. **Michaelis On-line.** Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro>. Acesso em 07 set. 2021.

PILOTTO, B. S.; JUNQUEIRA, V. Organizações Sociais do setor de saúde no estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 547-563, set./dez. 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/MhHy6ytmCHGBdDgF4ntBsHf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 jul. 2022.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da Reabilitação Psicossocial. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v.15, n.1, jan./mar. 2010, p. 27-34.

PINTO, J.M. O lugar da contingência na clínica e na pesquisa em psicanálise: mais ainda sobre o problema do método. In: **FERREIRA, T.; VORCARO, A. (orgs.) Pesquisa e Psicanálise: do campo à escrita.** 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 63-78.

QUINET, A. Tratamento pelos discursos. In: **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia.** – 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009. p. 19-23.

RIBEIRO, S. **O oráculo da noite:** a história e a ciência do sonho - 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RINALDI, D. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva.** 20 (2), 2015, p. 315-323.

_____. A direção do tratamento e o desejo do psicanalista: tática, estratégia e política na clínica institucional pública. In: PIZZIMENTI, E. C.; ESTÊVÃO, I. R.; CORSETTO, P. (org.) **Tática, estratégia e política da psicanálise.** São Paulo: Patrícia Corsetto/Curitiba: Calligraphie Editora, 2022, p. 185-199.

RIVERA, T. Prefácio: o sonho e o século. In: FREUD, S. **A interpretação dos sonhos (1900).** Porto Alegre, RS: L&PM, 2018, p. XVII-XXVII.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 4, n. 2, set. 2004.

_____. A psicanálise e as instituições: um enlace ético-político. In: **COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP**, 5., 2004, São Paulo. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100045&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 28 ago. 2022.

_____. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento.** São Paulo: Escuta/Fapesp, 2016.

ROSA, M. D.; ALENCAR, S. L.; BROIDE, E. E.; CERRUTI, M. Q.; ALENCAR, R.; MOUNTIAN, I.; FERREIRA, P. P.; ESTÊVÃO, I. R.; PRUDENTE, S. E. L. Despertar: você me dá seu sonho? Por uma política do despertar. In: DUNKER, C (org). **Sonhos confinados:** o que sonham os brasileiros em tempos de pandemia? - 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 223-244.

ROSA, M.D.; BROIDE, E.E.; SEINCMAN, P. M. A supervisão enquanto articuladora da Transmissão da Experiência Clínica: A construção do caso clínico. In: MORETTO, M. L. T; KUPERMANN, D. **Supervisão:** a formação clínica na psicologia e na psicanálise. São Paulo: Zagodoni, 2018, p. 111-124.

ROSA, M.D.; CARMO-HUERTA, V. O que resta da adolescência: despertar nas fronteiras e nos *fronts*. **Estilos da Clínica**, v.25, n°1, 2020.

ROSA, M. D.; ESTEVÃO, I. R.; BRAGA, A.P.M. Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 22, n. 3, jul./set. 2017.

ROSA, M. D.; FERREIRA, P. P.; ALENCAR, R. Desilusão: impasses clínicos e políticos dos dilemas de nosso tempo. **Revista Subjetividades,** Ed. Especial, Fortaleza, 2018.

ROSA, M.D.; MARTINS, A.S.; BRAGA, A.P.M., TATIT, I. Clínica e política interrogadas pelo ato infracional: a construção do caso. In: MOREIRA, J.O.; GUERRA, A.M.C.; SOUZA, J.M.P. (org.) **Diálogo com o campo das medidas socioeducativas:** conversando sobre a justiça, o cotidiano do trabalho e o adolescente. Curitiba: Editora CRV, 2013, p. 75-90.

ROSA, M. D.; POLI, M. C. Experiências e linguagem como estratégias de resistência. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, Edição Especial, 2009, p. 5-12.

ROSA, M. D.; VICENTIN, M. C. Os Intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. **Psicologia Política.** v. 10, n. 19, p. 107-124, jan./jun.2010.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

RUDGE, A. M. Sonhos traumáticos na clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.,** São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2016, p. 603-615.

SAFATLE, V. Bem-vindo ao estado suicidário. In: PELBART, P. P.; FERNANDES, R. M. **Pandemia Crítica outono 2020.** São Paulo: edições SESC; n-1 edições, 2021, p. 45-49.

SAGGESE, E. Uma juventude à flor da pele: o dilema de adolescer ou adoecer. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 46, n. 1, e109166, 2021.

SANTOS, L. A. C. Crítica aos atuais comitês de ética na pesquisa no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673 v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p. 364-366.

SAURET, M.-J. **O Infantil e a Estrutura.** Publicação pela Escola Brasileira de Psicanálise das conferências realizadas em São Paulo, ago. 1997.

SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; ESPÍRITO SANTO, T. B.; SLOMP JUNIOR, H.; CRUZ, K. T. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface** (Botucatu). 2021; 25 (Supl. 1), p. 1-15.

SILVA JUNIOR, N. O mal-estar no sofrimento e a necessidade de sua revisão pela psicanálise. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C (orgs). **Patologias do social:** Arqueologias do sofrimento psíquico. 1ª ed., 2ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2019, p. 35-58.

SOARES, G. B.; BORGES, F. T., SANTOS, R. R. Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Rev. Gest. Saúde** (Brasília) Vol.7, N°.02, Ano 2016, p. 828-850.

SOUZA, E. L. (A vida entre parênteses) - o caso clínico como ficção. **Psicol. Clín.** v. 12, n. 1, p.11-19, 2000.

SUZUKI, S. Adolescência em tempos de covid: como jovens estão enfrentando o prolongamento da pandemia. **BBC News Brasil.** São Paulo, 30 jan. 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-60162968>. Acesso em 09 out. 2022.

VALERY, G. Covid-19 aumentou a pobreza, a fome e as desigualdades. 'Catástrofe geracional', afirma ONU. **DSSBR – Promovendo a equidade em saúde/Fiocruz**, 10 ago. 2021. Disponível em < https://dssbr.ensp.fiocruz.br/covid-19-aumentou-a-pobreza-a-fome-e-as-desigualdades-catastrofe-geracional-afirma-a-onu/ >. Acesso em 21 out. 2022.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,** v.17, n.1, jan./abr.2006, p. 10-17.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. **Revista Curinga – EBP-MG,** n.13, set. 1999, p. 13-48.

VIOLA, D. T. D; VORCARO, A. M. R. A adolescência em perspectiva: Um exame da variabilidade da passagem à idade adulta entre diferentes sociedades. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e3448, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100507&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 15 mai. 2021.

VORCARO, A. Transmissão e saber em psicanálise: (im)passes da clínica. In: FERREIRA, T.; VORCARO, A. (orgs.) **Pesquisa e Psicanálise**: do campo à escrita**.** 1.ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 41-62.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

YASUI, S. Ira, amor, resistência e invenção: reflexões sobre o legado da Reforma Psiquiátrica. In: CAMPOS, G. W. S.; FERNANDES, J. A. (orgs). **Reconhecer o patrimônio da Reforma Psiquiátrica:** o que queremos reformar hoje? – 1.ed. – São Paulo: Hucitec, 2016, p. 17-26.

_____. Plantadores de Sonhos: a Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador. In: **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 161-180.

ZANDONÁ, L. B. Manejando a crise: uma proposta ético-inventiva. **ECOS – Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** Universidade Federal Fluminense, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1856>. Acesso em 05 mai. 2021.

ZUCCHI, M. A. A psicanálise entre os protocolos sanitários e a rebeldia dos corpos. **aSEPHallus,** Rio de Janeiro, n. 1, ano 1, abr./nov. 2005. Disponível em <http://www.isepol.com/asephallus/edicao_1/index.html > Acesso em 07 set 2022.

7 APÊNDICES

7.1 Protocolo de Coleta dos Sonhos

1. Dados:
Idade:
Gênero:
Autodeclaração étnico-racial:
Conversa realizada: ( ) pessoalmente ( ) teleatendimento

2. Questões relativas à pandemia:

a) Como tem sido a pandemia para você?
b) Você tem ficado em casa? Se/quando sai, onde costuma ir?
c) Quem mora com você? O que tem acontecido de diferente em casa? Vocês têm brigado mais? Tem conversado mais?
d) O que você costuma fazer no dia a dia na quarentena?
e) Você dorme bem?
f) Você costuma sonhar? Tem sonhado mais ou menos? Quer me contar algum sonho?
    I) Me conta o que você lembra desse sonho
    II) Você acha que tem a ver com algo que aconteceu com você nos dias próximos? Alguma coisa que você pensou, ouviu, viu ou viveu?
    III) Como você interpreta ou explica esse sonho?
    IV) Esse sonho é parecido com os sonhos que você tinha antes da pandemia?

3. Outras questões

a) Porque você frequenta o CAPSij?
b) Qual seu PTS no CAPSij antes da pandemia? E atualmente, como está?
c) Você conhece alguém que teve COVID-19?

7.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Olá!

Seu (Sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa nomeada "Os sonhos de adolescentes usuários de um serviço de saúde mental especializado: investigação sobre uma modalidade de acolhimento na pandemia" (esse nome pode mudar) sob responsabilidade das pesquisadoras Mariana Desenzi Silva (aluna de Mestrado) e Miriam Debieux Rosa (professora doutora que orienta esta pesquisa), vinculadas ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em parceria com o CAPS Infantojuvenil da Vila Maria/Vila Guilherme.

O estudo será realizado com a coleta de sonhos de adolescentes com o objetivo de aproximar este fenômeno com a realidade social da pandemia, oferecer um espaço de escuta e intervenção em saúde mental e fazer aproximações dessa escuta com o atendimento realizado no CAPS. A coleta de sonhos e os atendimentos que poderão acontecer em decorrência da aplicação do protocolo terão duração aproximada entre 30 e 60 minutos.

Haverá um risco para mínimo para a saúde mental do(a) participante a partir do afeto que pode ser despertado ao entrar em contato com sua própria experiência e vivência do sonho. Por isso, a pesquisadora se coloca à disposição para realizar mais atendimentos que possam acolher quaisquer efeitos desta conversa sobre os sonhos. *Se acontecer qualquer desconforto, o(a) participante pode se negar a responder alguma questão ou ainda desistir de participar da pesquisa (o responsável pode retirar o consentimento).* Você poderá consultar a pesquisadora responsável em qualquer fase da pesquisa, pessoalmente ou pelos telefones listados abaixo, para esclarecimento de qualquer dúvida. Você e/ou seu (sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade), participante desta pesquisa, receberão uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

Você e/ou seu (sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade) estão livres para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. Se essa decisão for tomada, não haverá nenhum tipo de consequência para o(a) participante e sua família. O cuidado oferecido no CAPSij não está condicionado a participar da pesquisa, ou seja, mesmo desistindo, o tratamento no CAPSij não será impactado. Todas as informações fornecidas por vocês e os resultados obtidos

serão mantidos em sigilo e, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. *Você terá garantia de sigilo* de todos os dados que podem identificar seu (sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade).

Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em autorizar seu (sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade) a participar da pesquisa. A pesquisadora poderá ressarcir o valor gasto em transporte público até o local da pesquisa (CAPSij da Vila), caso este seja um impeditivo para a participação na pesquisa. Você e seu (sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade) não terão quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa, portanto estejam cientes de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação. Sua participação é importante pois contribui para a reflexão acerca dos sonhos na pandemia.

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas, você pode entrar em contato com o CEP-SMS – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – via telefone (11) 3397-2464 ou via e-mail: smscep@gmail.com. Você também pode entrar em contato com o CEPH-IPUSP, Comitê de Ética em do Instituto de Psicologia da USP, no e-mail ceph.ip@usp.br, no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, ou no telefone (11) 3091-4182.

Ainda, em caso de dúvidas quanto ao projeto ou à pesquisa ou para receber mais informações, vocês podem contatar a pesquisadora Mariana através dos telefones do CAPSij da Vila: (11) 3478-3019 e 97153-9986 (whatsapp) ou pelo (11) 98341-4139.

Diante das explicações, se você concorda que seu (sua) filho(a) (ou menor sob sua responsabilidade) participe desta pesquisa, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura a seguir.

Menor participante:

Nome:_____ _____R.G._____

Responsável(is)

Nome:_____ R.G._____

Endereço:_____ Fone:_____

São Paulo, ___ de _____ de 20___

_____ _____

Assinatura - Responsável legal

Assinatura – Mariana Desenzi Silva

Pesquisadora responsável

Endereços institucionais da responsável pela pesquisa:

Instituto de Psicologia da USP
Av. Professor Mello Moraes, 1721 – bloco F – sala 13
Cidade Universitária – São Paulo, SP – 05508-030
Telefones: (11) 3091-4910/4173
E-mail: pospsc@usp.br

CAPS Infantojuvenil da Vila
Av. Alberto Byington, 1526

Vila Maria Alta – São Paulo, SP – 02127-001

Telefone: (11) 3478-3019

E-mail da pesquisadora: mariana.silva@vmvg.spdm.org.br

7.3 Termo de Assentimento Livre e Esclarecido TALE

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012/Resolução 510/2016)

Olá!

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa nomeada "Os sonhos de adolescentes usuários de um serviço de saúde mental especializado: investigação sobre uma modalidade de acolhimento na pandemia" (esse nome pode mudar) sob responsabilidade das pesquisadoras Mariana Desenzi Silva (aluna de Mestrado) e Miriam Debieux Rosa (professora doutora que orienta esta pesquisa), vinculadas ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em parceria com o CAPS Infantojuvenil da Vila Maria/Vila Guilherme.

O estudo será realizado com a coleta de sonhos de adolescentes com o objetivo de aproximar este fenômeno com a realidade social da pandemia, oferecer um espaço de escuta e intervenção em saúde mental e fazer aproximações dessa escuta com o atendimento realizado no CAPS. A coleta de sonhos e os atendimentos que poderão acontecer em decorrência da aplicação do protocolo terão duração aproximada entre 30 e 60 minutos.

Haverá um risco para mínimo para sua saúde mental a partir do afeto que pode ser despertado ao entrar em contato com sua própria experiência e vivência do sonho. Por isso, a pesquisadora se coloca à disposição para realizar mais atendimentos que possam acolher quaisquer efeitos desta conversa sobre os sonhos. *Se acontecer qualquer desconforto, você pode se negar a responder alguma questão ou ainda desistir de participar da pesquisa (o responsável pode retirar o consentimento).* Você poderá consultar a pesquisadora responsável em qualquer fase da pesquisa, pessoalmente ou pelos telefones listados abaixo, para esclarecimento de qualquer dúvida. Você e/ou seu/sua responsável receberão uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela pesquisadora.

Você e/ou seu/sua responsável estão livres para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa. Se essa decisão for tomada, não haverá nenhum tipo de consequência para o(a) participante e sua família. O cuidado oferecido no CAPSij não está condicionado a participar da pesquisa, ou seja, mesmo desistindo, o tratamento no CAPSij não será impactado. Todas as informações fornecidas por vocês e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo e, estes últimos só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas. *Você terá garantia de sigilo* de todos os dados que podem te identificar.

Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes

poderem mudar sua vontade em participar da pesquisa. A pesquisadora poderá ressarcir o valor gasto em transporte público até o local da pesquisa (CAPSij da Vila), caso este seja um impeditivo para a participação na pesquisa. Você e/ou seu/sua responsável não terão quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa, portanto estejam cientes de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação. Sua participação é importante pois contribui para a reflexão acerca dos sonhos na pandemia.

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas, você pode entrar em contato com o CEP-SMS – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – via telefone (11) 3397-2464 ou via e-mail: smscep@gmail.com. Você também pode entrar em contato com o CEPH-IPUSP, Comitê de Ética em do Instituto de Psicologia da USP, no e-mail ceph.ip@usp.br, no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, ou no telefone (11) 3091-4182.

Ainda, em caso de dúvidas quanto ao projeto ou à pesquisa ou para receber mais informações, vocês podem contatar a pesquisadora Mariana através dos telefones do CAPSij da Vila: (11) 3478-3019 e 97153-9986 (whatsapp) ou pelo (11) 98341-4139.

Diante das explicações, se você concorda em participar, preencha o termo abaixo.

Eu, _____**, idade: _____, concordo em contar meu(s) sonho(s) para uma pesquisa da USP, realizada pela psicóloga do CAPSij, Mariana Desenzi Silva, em atendimentos online ou presenciais. Meu responsável também concordou com a minha participação. Posso mudar de ideia e desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento. Caso eu tenha me sentido chateado(a), incomodado(a) ou queira falar sobre qualquer sentimento que apareceu quando contei meu sonho, posso pedir para conversar com a Mariana novamente, ou procurar minha/meu profissional de referência. Eu posso deixar de participar da pesquisa ou me negar a responder alguma questão que tenha me deixado desconfortável. Se eu tiver qualquer dúvida, posso entrar em contato com a Mariana no CAPSij, pessoalmente, pelo telefone ou whatsapp.

São Paulo, ___ de _____ de 20___

_____ _____

Assinatura	Assinatura – Mariana Desenzi Silva Pesquisadora responsável

***Embora seja solicitado seu nome, este **não** será revelado no resultado da pesquisa, podendo ser substituído por nome fictício. Os dados acima foram solicitados com o único fim de promover a sensação de escolha, e decorrente responsabilidade, do adolescente pelo conteúdo íntimo que ele se dispõe a compartilhar com a pesquisadora. Todos os dados solicitados nos termos de consentimento seguem modelos reconhecidos metodologicamente em outras pesquisas com seres humanos.*

Endereços institucionais da responsável pela pesquisa:

Instituto de Psicologia da USP
Av. Professor Mello Moraes, 1721 – bloco F – sala 13
Cidade Universitária – São Paulo, SP – 05508-030
Telefones: (11) 3091-4910/4173
E-mail: pospsc@usp.br

CAPS Infantojuvenil da Vila
Av. Alberto Byington, 1526

Vila Maria Alta – São Paulo, SP – 02127-001

Telefone: (11) 3478-3019

E-mail da pesquisadora: mariana.silva@vmvg.spdm.org.br