



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

FILIPE WILLADINO BRAGA

A CULTURA POPULAR COMO RECURSO CLÍNICO NA ATENÇÃO AO  
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

BRASÍLIA

2012

FILIPPE WILLADINO BRAGA

A CULTURA POPULAR COMO RECURSO CLÍNICO NA ATENÇÃO AO  
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília como requisito à obtenção de  
Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA

2012

A CULTURA POPULAR COMO RECURSO CLÍNICO NA ATENÇÃO AO  
SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília como requisito à obtenção de  
Grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Banca examinadora

---

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - UNB - PsiCC  
(Presidente da banca)

---

Prof. Dr. David Léo Levisky - SBP  
(Membro Externo)

---

Prof. Dr. Maurício Neubern UNB - PsiCC  
(Membro do Programa)

---

Profa. Dra. Sandra Maria Baccara  
(Membro Suplente)

Brasília, 26 de Outubro de 2012

## DEDICATÓRIAS

Aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II, do Paranoá, que me ensinam a *ser* humano e construir uma clínica sensível à cultura popular.

Aos mestres e mestras da cultura popular que narram seu cotidiano de lutas e conquistas pela reinvenção e subversão criativa do cotidiano, em especial ao mestre *Zé do Pife* por sua existência poética, e aos meus amigos da comunidade indígena de Cumaru que me acolheram e me ensinaram acerca dos processos de mobilização e das lutas populares.

## AGRADECIMENTOS

À minha namorada e companheira de vida, Andressa Moreira, com amor e gratidão por sua presença sensível, estímulo e confiança em nossa caminhada juntos.

Aos meus pais, Pedro e Lúcia pelo apoio, incentivo e o cuidado recebido, desde meus primeiros passos. Aos meus irmãos, Raquel e Rafael, que sempre foram companheiros de experiências e estiveram ao meu lado em todos os momentos. A minha sobrinha Camila que me recorda a importância do brincar. Agradeço também a Carolina Braga pela revisão do texto e contribuições.

Ao Ileno, meu orientador e minha principal referência na clínica do sofrimento psíquico grave. Agradeço pelo incentivo e por ter acreditado em nossos “delírios” de que é possível construir a Reforma Psiquiátrica no Distrito Federal.

Aos professores Maria Luiza Angelim, Sandra Baccara, Maria Inês Gandolfo e Regina Pedroza, por terem acompanhado minha caminhada nas articulações entre a Psicanálise, Educação Popular e Saúde Mental.

Aos amigos do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UNB: Amanda Mota, Tânia Inessa, Bethânia Teixeira, André Félix, Milena Pacheco e Daniel Goulart. Também agradeço aos amigos: Nadja Oliveira e Pedro José Cruz. Agradeço a essas pessoas pela leitura do meu trabalho e pela disposição em me acompanharem em minhas angústias e sonhos na caminhada do mestrado.

Agradeço ao acolhimento e apoio dado por Roque Tadeu Gui, ao me mostrar meios de situar meu trajeto político e existencial nesta pesquisa.

À equipe do CAPS II do Paranoá que vem me ensinando a construir uma atenção em saúde mental por meio do respeito às diferenças e pelo diálogo (tenso e cheio de contradições) entre diferentes campos saberes. Agradeço, em especial, a Juliana Pacheco que se tornou uma importante companheira no trabalho do CAPS e em sustentar posições antimanicomiais, sem perder a amorosidade e humildade.

Aos clientes que atendo em consultório, os quais, de algum modo, também fazem parte

dessa pesquisa.

Agradeço também aos colegas de trabalho e clientes do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, no qual pude aprender a *estar com* sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Também gostaria de agradecer às experiências que me iniciaram no campo da saúde mental com o grupo *ALOU:CURA do CONVIVER*, o qual - até hoje - demonstra a possibilidade da prática de extensão universitária envolver o diálogo inter e transdisciplinar. Agradeço pelas inquietações propostas por esse grupo, em especial, aos meus amigos: Lucas Nóbrega, Cintia Gomes, Pritama Brussolo, Raissa Rauter, Lude Marieta, Henrique Melo, Dyana Helena, Polianne Delmondez e Camila Nunes.

Aos amigos - espalhados pelo Brasil - dos coletivos e movimento sociais que fiz parte: Antonio Oris, Gilberto Filho, Jaciara Bonfim, Rozana Bastos, Emmanuel Falcão, Carlos Alessander e Zé Alves.

***Terra Plana***

*Me pediram pra deixar de lado toda a tristeza  
pra só trazer alegrias  
e não falar de pobreza*

*E mais  
prometeram que se eu cantasse feliz  
agradava com certeza*

*Eu que não posso enganar  
misturo tudo o que vivo*

*Canto sem competidor  
partindo da natureza do lugar onde nasci*

*Faço versos com clareza  
a rima, belo e tristeza*

*Não separo dor de amor  
Deixo claro que a firmeza do meu canto  
vem da certeza que tenho*

*de que o poder que cresce sobre a pobreza  
e faz dos fracos riqueza  
foi que me fez cantador*

*(Geraldo Vandré)*

## Resumo

Este estudo problematiza a cultura popular como recurso clínico no contexto da Reforma Psiquiátrica. Utilizamos os referenciais da educação popular de Paulo Freire que remetem ao conceito de cultura popular. Além disso, partimos de contribuições da Psicanálise winnicottiana, discutindo a cultura como campo de transicionalidade, a qual faz parte do espaço potencial de cuidado e do viver criativo. Foi utilizado o conceito de sofrimento psíquico grave na tentativa de resignificar o campo da saúde mental a luz das vivências intensas de angústia, em detrimento a categorias nosológicas como a noção de Transtorno Mental.

Como recurso metodológico, foi realizada construção da narrativa de uma usuária em sofrimento psíquico grave, atendida no Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá. Assim, foram propostas reflexões em torno da Pesquisa em Psicanálise, partindo da noção de *construções em análise*, além do estudo de narrativas - no contexto da Reforma Psiquiátrica - como um meio de acessar as experiências singulares e políticas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave.

A construção da narrativa apresentou contribuições frente à necessidade de reconhecer os mecanismos próprios dos produtores da cultura popular em suas experiências de sofrimento psíquico grave. Assim, diferenciamos o modo como categorias nosológicas operam um fechamento das possibilidades de projetar a existência e estabelecer projeto de vida do sujeito, em relação aos recursos da cultura popular, como experiências que criam campo de uso de objetos e fenômenos transicionais, e podem auxiliar o sujeito na busca do *self*.

Palavras Chave: Cultura Popular, Sofrimento Psíquico Grave, Psicanálise, Winnicott, Reforma Psiquiátrica.



## Abstract

This study discusses the popular culture as a clinical resource in the context of the psychiatric reform. We use the popular education benchmarks of Paulo Freire, which refers to the concept of popular culture. In addition, we start from the contributions of Winnicott Psychoanalysis, discussing culture as a transitionality field, which is part of the potential space of care and creative living. We use the concept of Serious Psychic Suffering in an attempt to guide the mental health field, changing the focus from Nosological categories to the intense experiences of anguish.

As a methodological resource we propose the narrative construction from a user in serious psychic suffering. This research was made in the Centre of Psychosocial Care II of Paranoá. We proposed reflections around the research in Psychoanalysis, extending the notion of *constructions in analysis*, in addition to the study of narratives in the context of the psychiatric reform.

The construction of the narrative presented the contributions to recognize the patient's own mechanisms of their experiences in popular culture. We tried to differentiate how Nosological categories operate a closure of the possibilities of designing the existence and establishing subject's life project, in relation to popular culture's resources as experiences that create the field to use the transitional objects and phenomena. This can assist the subject in the search for the self.

Keywords: Popular Culture, Serious Psychic Suffering, Psychoanalysis, Winnicott, Psychiatric Reform.

# SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	12
<b>Introdução</b>	15
<b>Capítulo I – Contextualizando o momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira</b>	18
1.1 O CAPS como dispositivo clínico na atenção à crise e ao sofrimento psíquico grave	21
1.2 O Sofrimento Psíquico Grave e a Psicopatologia do Senso Comum	23
<b>Capítulo II – Aproximações entre Sofrimento Psíquico Grave e a Psicanálise Winnicottiana</b>	34
2.1 O viver criativo como tarefa do desenvolvimento emocional primitivo	35
2.2 A Clínica do <i>Setting</i> no cuidado ao Sofrimento Psíquico Grave	41
<b>Capítulo III – Cultura Popular e Saúde Mental</b>	48
3.1 A noção de Cultura como conceito antropológico para Paulo Freire	50
3.2 Os produtores de cultura popular e seu necessário reconhecimento de autoria	55
3.3 Possibilidades do trabalho <i>com</i> a cultura popular na atenção psicossocial	60
<b>Capítulo IV – A cultura como campo de transicionalidade e viver criativo</b>	70
4.1 Da experiência de <i>ilusão</i> ao viver criativo <i>com</i> a cultura	72
4.2 Dimensões clínicas da cultura no cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico grave	76
<b>Capítulo V – Percursos metodológicos e narrativos</b>	82
5.1 A Pesquisa em Psicanálise	83
5.2 A narrativa como recurso da pesquisa	91
5.3 Narrativas e o Sofrimento Psíquico Grave	95
5.4 A Construção das Narrativas	99
5.5 Participante	103
5.6 Local de pesquisa	104
5.7 Contextualizando a história do Paranoá e suas lutas populares	105
5.8 Questões éticas	108
<b>Capítulo VI – Construção da narrativa</b>	111
6.1 A Narrativa de Fátima	111
6.1.1 Paranoá Velho: O seu lugar no passado “onde menino brincava”	118
6.1.2 Da luta pela moradia ao legado deixado: “Daqui só Deus para me tirar”	131
6.1.3 A religiosidade e a busca do <i>self</i> : “Deus sabe o que faz eu não sei o que digo”	134
<b>Capítulo VII - Cultura Popular e Sofrimento Psíquico Grave: tentativas de articulação na clínica</b>	142
<b>Considerações Finais</b>	154
<b>Referências</b>	156
<b>Anexos</b>	165

## LISTA DE FIGURAS

1- Mais um dia de protesto – Gersion de Castro (2001).....	105
2- Arteiros no Pau de Sebo – Gersion de Castro (2003).....	107
3- Lata D´Água na cabeça – Gersion de Castro (2003).....	120
4- Inocência da Infância – Gersion de Castro (2001).....	121
5- Curiosos – Gersion de Castro (2002).....	132

## **LISTA DE ANEXOS**

- 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....165
- 2- Roteiro de Entrevista Narrativa.....166
- 3- Comprovante de Aprovação da Pesquisa pelo comitê de Ética da FEPECS.....167

## Apresentação

Este projeto de dissertação de mestrado surgiu a partir de minhas inquietações como Psicólogo clínico, no atendimento individual, familiar e em grupo, a sujeitos em sofrimento psíquico grave, e devido à minha inserção nos movimentos sociais da Luta Antimanicomial e no coletivo de Educação Popular e Saúde. A partir da necessidade de pensar espaços políticos mais sensíveis à vivência cotidiana e ao cuidado na singularidade de cada sujeito, a clínica me abriu para escutar e *estar com* aqueles que sofrem. Por outro lado, a Psicologia Clínica e a Psicanálise ainda me pareciam muitas vezes descoladas da realidade vivida pelos sujeitos das classes populares, além do distanciamento entre as práticas acadêmicas e as demandas do cotidiano das lutas populares.

Eu percebia certo descompasso entre a complexidade na elaboração de relatórios finais de conferências e encontros de movimentos sociais, e a ausência de espaços de construção coletiva acolhedores àqueles que não tinham formação acadêmica e/ou não sabiam colocar-se frente a plenárias lotadas e muitas vezes agressivas. Já em minha inserção clínica, notava, ainda, certo predomínio de relações cotidianas de opressão entre profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde mental, além de que, muitas vezes, – mesmo que bem intencionados – os profissionais generalizavam suas experiências e vivências culturais como prescrições impostas aos sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Nesse sentido, tive minha prática cotidiana coordenando grupo de convivência no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do Paranoá e como Psicólogo clínico atendendo, em consultório, jovens e adultos em primeiras crises do tipo psicótico. Trabalhando no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI, percebia que no enquadre de consultório havia várias possibilidades quanto ao atendimento individual e familiar a sujeitos nas primeiras crises do tipo psicótica, o que me direcionava a substituir a noção de transtorno mental pela de Sofrimento Psíquico Grave e *estar com* aqueles que sofrem. Ao mesmo tempo, havia a necessidade de pensar outros enquadres que fossem mais adaptados aos modos de sofrimento de sujeitos que trouxessem suas vivências *na* e *com* a cultura popular. Em muitas discussões do grupo, eu observava certa dicotomia entre o atendimento clínico em consultório e a clínica

psicossocial. Além disso, sentia falta de problematizarmos em profundidade o papel da cultura popular, tanto na delimitação da gravidade dos modos de sofrimento, quanto na construção de dispositivos clínicos sensíveis a essas vivências.

Por ter sempre trabalhado em serviços públicos, atendendo, predominantemente, sujeitos das classes populares, surgiam questionamentos sobre como oferecer atendimento clínico sensível aos modos de expressão desses sujeitos, e no contexto da Reforma Psiquiátrica, reconhecendo a dimensão das lutas cotidianas do povo. Entendo as lutas como, por um lado, o desafio de continuar vivo, adquirindo senso de *self* e podendo viver criativamente como experiência cultural, existencial e humana, conforme coloca Winnicott (1971/1992<sup>1</sup>). Por outro lado, como luta política, pela superação de vivências de opressão, o que aparece em uma série de narrativas de sofrimento, seja a luta realizada em grupos organizados e movimentos sociais, ou mesmo no fato de muitos dos usuários serem rotulados como doentes crônicos, quando, na realidade, passaram por experiências de violência sucessivas e lutaram para manterem-se vivos.

Longe da clínica e da política (ou talvez mais perto do que eu imaginava) fui conhecendo os grupos de cultura popular *Boi do seu Teodoro, Seu Estrelo e o Fuá do Terreiro, mestre Zé do pife e as Juvelinas, Martinha do Coco*, e compartilhando a presença de benzedeiras, e de mestres e mestras das práticas populares de saúde, como *Dona Francisca e Dona Zefa da Guia*. Com isso, comecei a pensar na arte e na cultura como busca para integrar a existência dos sujeitos das classes populares como um modo de viver criativo e saudável. Apesar disso, no cotidiano dos serviços de saúde mental nos quais eu trabalhava, percebia um contexto “higienizador”, no qual predominavam a cultura de silenciamento e a tutela. Foi na postura de aprender com meus pacientes, como sugere Winnicott (1971/1992), e na construção *com* as classes populares, como propõe Paulo Freire (1974/2005), que fui escutando algumas das narrativas que traziam a inserção dos sujeitos em sofrimento com sua cultura e lutas cotidianas. Na busca de integrar a presença sensível da clínica com a necessidade de transformação social, e da

---

<sup>1</sup> Optamos por citar o livro “Playing and Reality” em sua edição inglesa (WINNICOTT, 1971/1992) quando ele é discutido sem citações diretas, devido à sua tradução em português apresentar alguns problemas em relação a determinados termos. Por outro lado, quando fizemos citações literais dessa mesma obra, optamos por trazê-las referentes à tradução em português (WINNICOTT, 1975), já que não há outras traduções dessas citações em português.

construção criativa *na* e *com* a cultura, iniciei este projeto e espero poder compartilhar esta caminhada com o leitor.

## Introdução

Este estudo problematiza algumas das dimensões clínicas da cultura popular por meio da construção da narrativa de uma usuária em sofrimento psíquico grave, atendida no Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá. Ao nos referirmos aos sujeitos atendidos nos serviços de saúde mental utilizamos o termo usuários, devido a esse representar uma tentativa de não utilizar os termos *paciente*, referindo-se à passividade, e *cliente*, que pode refletir relação clientelista de oferecimento de um produto. Sabemos que há críticas ao termo usuários, visto que pode haver confusão em relação a identificá-los com usuários de álcool e outras drogas. Apesar disso, o termo usuários é utilizado aqui como diretriz legal, proposta pela Política Nacional de Saúde Mental e pela quarta Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010).

Portanto, buscaremos traçar os referenciais da educação popular de Paulo Freire (1974/2005, 1976/2011, 1992) que remetem ao conceito de cultura popular, estabelecendo como este pode ser compreendido no campo da saúde mental. Portanto, não discutiremos aplicações clínicas no contexto educativo ou propostas psicoeducativas, mas dimensões clínicas que apontem para a sensibilidade às narrativas dos sujeitos das classes populares, extraindo a concepção ontológica e política da educação popular. Por outro lado, neste estudo, partimos de contribuições da Psicanálise winnicottiana, discutindo a cultura como campo de transicionalidade (WINNICOTT, 1971/1992), a qual faz parte do espaço potencial de cuidado e do viver criativo. Com isso, acreditamos que o estudo pode contribuir com a orientação de práticas em saúde mental pautadas por recursos da cultura popular no cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Contextualizamos que Winnicott trabalha com o conceito de *individuação*, considerando que o bebê vai adquirindo sua integração do ego, busca do *self* e se tornando sujeito, progressivamente em seu desenvolvimento primitivo. Consideramos que o autor propôs marco teórico que compreende o *ser* em sua indissociabilidade com o ambiente que o circunda, conforme será discutido posteriormente. Devido às traduções de suas obras ao português adotarem o termo Indivíduo, optamos por utilizar o conceito de Indivíduo quando nos referirmos às contribuições de Winnicott.



Portanto, pedimos que o leitor faça um esforço no sentido de compreender o termo Indivíduo à luz do processo de individuação e, portanto, não se referindo ao conceito de Indivíduo, o qual, historicamente, é considerado um termo construído junto ao sujeito moderno, proposto no Iluminismo, que situa o ser em seu aspecto privado amparado pelo individualismo (RUSS, 2003).

O presente estudo está dividido em seis capítulos. Inicialmente, é contextualizado o momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com o objetivo de situar o papel dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como dispositivos clínicos. Para tanto, propomos o conceito de sofrimento psíquico grave, como proposta de redefinir os critérios e modalidades de cuidado nos serviços substitutivos de saúde mental, ao discutirmos as imprecisões do termo Transtorno Mental.

No segundo capítulo são pontuadas aproximações entre as contribuições de Winnicott à Psicanálise e o campo do sofrimento psíquico grave. Discutimos a noção do diagnóstico em análise para o autor, assim como os indicadores de saúde como o viver criativo *com* a cultura. Nesse capítulo é problematizada a clínica do *setting* como proposta para a atenção a diferentes modos de sofrimento psíquico grave.

O terceiro capítulo busca situar os referenciais epistemológicos da educação popular, por meio da compreensão da Cultura como conceito antropológico. Além disso, debatemos as especificidades da cultura popular e as discussões em torno do reconhecimento de autoria aos produtores de cultura popular. Por fim, são trazidos estudos acerca do direcionamento da saúde mental às lutas populares e à cultura popular.

O quarto capítulo retoma as contribuições de Winnicott referente a seu conceito de experiências culturais, situadas no espaço potencial, por meio da aquisição – progressiva - da capacidade de *usar* objetos e fenômenos transicionais. Discutimos as colocações do autor em torno de indicadores de sofrimento psíquico grave por meio do uso criativo que o sujeito dá, ou não, às suas experiências culturais. Também é trazida discussão em torno das possibilidades de pautar uma clínica sensível às experiências culturais dos sujeitos em sofrimento psíquico grave.

O quinto capítulo explora os percursos metodológicos desse estudo. Com isso,

definimos nossa concepção de Pesquisa em Psicanálise, assim como trabalhamos com o campo do estudo de narrativas. É proposta metodologia de construção de narrativa de uma usuária do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, do Paranoá. Assim, partimos da noção de *construções em análise* para Freud, junto à conceituação das narrativas como modo de transmissão de saberes e experiências, transgeracionalmente. São apontadas as questões éticas da pesquisa e a contextualização do local de pesquisa, também em suas lutas populares e aspectos históricos. Nesse capítulo, para ilustrar a territorialidade do local de pesquisa, utilizamos algumas imagens do artista plástico Gerson de Castro (2009) que morou no Paranoá durante toda sua vida, e retratou o cotidiano da construção da cidade em suas lutas populares.

No sexto capítulo é apresentada a narrativa de uma usuária do CAPS, partindo de minha relação transferencial com ela, anteriormente à realização da entrevista narrativa. Posteriormente, são explorados seus modos de construir a narrativa no espaço *entre* eu e ela. São pontuados aspectos do modo como ela narra suas vivências de sofrimento psíquico grave por meio de recursos da cultura popular. Nesse capítulo são relatados os resultados da pesquisa junto às discussões em torno das categorias teóricas propostas. Neste capítulo também utilizamos algumas das imagens de Gerson de Castro (2009) para ilustrar aspectos estéticos dos temas discutidos na narrativa.

Propomos o Capítulo intitulado “Cultura Popular e Sofrimento Psíquico Grave: tentativas de articulação” para que sejam apontadas as articulações entre a singularidade da narrativa apresentada e possibilidades do trabalho *com* a cultura popular como recurso clínico na atenção psicossocial. O leitor perceberá que nesse capítulo a discussão não é direcionada apenas à prática da Psicanálise, pelo contrário, busca utilizar suas contribuições para todos os trabalhadores do campo da saúde mental. É levantada a necessidade de reconhecer os mecanismos próprios de reconhecimento e de ordenamento da realidade presentes nas experiências dos usuários *com* a cultura popular.

Por último, são relatadas as considerações finais, apontando os limites e contribuições do estudo, assim como indicações de estudos futuros. Também é realizada reflexão em torno de como foi o processo de pesquisa para o pesquisador.

# Capítulo I

## Contextualizando o momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira

*Dois loucos no bairro*

*Um passa os dias  
chutando postes para ver se acendem.*

*O outro as noites  
Apagando palavras  
Contra um papel branco*

*Todo bairro tem um louco  
Que o bairro trata bem  
Só falta mais um pouco  
Pra eu ser tratado também.  
(Paulo Leminski)*

No campo da saúde mental, no Brasil, encontramos uma conjuntura de lutas políticas pela consolidação da Reforma Psiquiátrica, desde a promulgação da Lei nº 10.216, de 2001, até a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010, que surgiu do processo histórico de organização política dos diversos segmentos integrantes dos movimentos sociais pela luta antimanicomial e pautou a necessidade de a atenção psicossocial ser construída intersetorialmente, na progressiva substituição dos aparatos asilares-manicomiais pelos serviços de atenção psicossocial (BRASIL, 2010; LOBOSQUE, 2011; PITTA, 2011). Vemos avanços na construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira – RPB, com considerável aumento de serviços substitutivos, e a busca pela reorientação da atenção à saúde mental pelo paradigma da clínica psicossocial. Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), em 2002, havia 424 CAPS no Brasil, e, em 2010, esse número cresceu para 1.650, com redução expressiva também de leitos psiquiátricos e surgimento de outras iniciativas de desinstitucionalização. Apesar dos indicativos quantitativos, e de vir sendo consolidada a rede de atenção psicossocial em algumas regiões do Brasil, um dos principais desafios atuais é trazer essas mudanças para o cotidiano dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Historicamente, a Reforma Psiquiátrica assume diferentes significados e

práticas, desde propostas de humanização e cientificização dos hospitais psiquiátricos, até as propostas de desinstitucionalização que trazem a necessidade da substituição total dos aparatos manicomiais para a criação de uma rede de atenção psicossocial que consiga acolher os diversos modos de sofrimento em sua complexidade. Tenório (2002) revisa esse processo histórico, retomando sua heterogeneidade. Remonta a seu caráter, inicialmente, adaptacionista e normatizador, no qual era utilizado o conceito de comunidade como locus da ação psiquiátrica pelo ajustamento social do sujeito considerado “louco”, o que implicou o processo de psiquiatrização e normalização da diferença em todo o campo social.

Já em segundo momento, especialmente com a Psiquiatria democrática italiana, é desconstruído o conceito de comunidade utilizando-se da noção de território, não apenas regionalizando a atenção, como foi proposto pela Psiquiatria de Setor na França, mas considerando a necessidade de a atenção psicossocial ser construída dentro de “territórios subjetivos”. Tenório (2002) avalia a reforma psiquiátrica brasileira como bem-sucedida, até o momento, mas nos traz o desafio de oferecer uma rede de cuidados que ajude o sujeito a viver em seu território subjetivo e, ao mesmo tempo, construir uma postura diferente da sociedade em relação ao sujeito considerado “doente mental”. Desse modo, são buscados meios de agenciar o pertencimento social do sujeito considerado “louco”, recusando os espaços asilares ao recuperar o exercício de cidadania para além da mera adaptação social.

Desviat, ex-consultor da Organização Mundial da Saúde – OMS, vê a consolidação da RPB como uma das mais exitosas do mundo, colocando que esta se difere das demais por ter sido construída dentro do movimento participativo da saúde mental coletiva (DESVIAT, 2002, 2011). Considera que as tendências atuais e perspectivas de futuro para a Reforma Psiquiátrica no mundo estão divididas entre o modelo de medicina neoliberal norte-americano, representativo da lógica de mercado dos Estados Unidos da América, e a cobertura universalista europeia, sempre ameaçada pelas tendências privatizadoras regidas pela lógica da eficiência (DESVIAT, 2011). Para ele, o Brasil segue outro caminho ao buscar um trabalho de rede – territorializado – centrado no cuidado e na cidadania, pela interação entre as organizações da sociedade civil e o Estado. Apesar disso, demonstra como tendências mundiais o predomínio da medicalização do cotidiano regido por uma psicopatologia meramente biológica e

individualista. Nesse sentido, a RPB vem sofrendo ataques e seguindo um caminho não linear (PITTA, 2011), no qual ainda existem movimentos de humanização e tecnologização de serviços com estrutura asilar-manicomial regidos pela lógica de mercado (DESVIAT, 2011).

Em recente publicação do periódico *Ciência e Saúde Coletiva* (2011), foi organizado volume destinado à Reforma Psiquiátrica, ao serem comemorados os 10 anos da Lei nº 10.216, trazendo alguns dos principais desafios nesse campo atualmente. Um dos principais pontos trazidos pela recente produção bibliográfica sobre a RPB refere-se à institucionalização da participação dos movimentos sociais nas Políticas Públicas e os desafios na transposição da discussão ambientada nos movimentos sociais e nas políticas públicas para o cotidiano dos serviços (BEZERRA Jr., 2011; LOBOSQUE, 2011; PITTA, 2011; TENÓRIO, 2002). Notamos certa fragmentação das bandeiras de luta dos movimentos sociais, após terem sido conquistados alguns dos espaços decisórios na esfera governamental. Na conjuntura atual da RPB, vem sendo trazido como urgente o investimento em serviços que funcionem 24h, de modo integral e resolutivo, como acontece com o CAPS III, já que, sem serviços com funcionamento diuturno é impossível existir rede de atenção que combata os desafios de acolher a crise, lidar com a demanda da população de rua e permitir que seja realizada a substituição total dos espaços asilares-manicomiais (LANCETTI, 2008; LOBOSQUE, 2011; PITTA, 2011).

Além disso, são apontadas críticas às práticas manicomiais, mesmo na lógica da atenção psicossocial em serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico-manicomial. Alverga e Dimenstein (2006) mostram que existem modos de perpetuação do que conceituam como “desejos de manicômio” no cotidiano dos serviços substitutivos, referindo-se não apenas a estratégias explícitas de confinamento da loucura, mas ao desejo de controlar, normatizar e disciplinar a diferença na sociedade de modo geral. Assim, colocam a necessidade de ser proposto novo lugar sócio-político-conceitual e cultural para a Loucura, no qual o não enclausuramento seja analisado de modo micropolítico, a partir das relações de controle e disciplinamento, inscritas nem sempre de modo explícito ou discursivo. Com isso, acreditamos que é necessário pensar um novo lugar cultural e existencial para os sujeitos em sofrimento psíquico grave, tanto em relação à estigmatização, quanto em relação à possibilidade de os serviços substitutivos

de saúde mental serem espaços de reconstrução histórica e de reposicionamento do sujeito em relação a seu destino e a seus desafios existenciais.

Pitta (2011) recoloca o desafio de “cuidar em liberdade”, discutindo que a normatização pela legislação – conquistada pelo Movimento da Luta Antimanicomial – não vem refletindo em resposta para as situações concretas e existenciais dos usuários, adquirindo função muitas vezes meramente fiscalista. A autora aponta que a RPB, atualmente, sofre com a institucionalização dentro de um Estado burocrático, refratário às inovações e mudanças necessárias para o cuidado em liberdade. Portanto, Pitta (2011) sugere a necessidade de construirmos uma “desinstitucionalização responsável”:

*(...) isto é, tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e morte social para tornar-se criação de possibilidades concretas de subjetivação e interação social na comunidade (p.4.588).*

### **1.1 – O CAPS como dispositivo clínico na atenção à crise e ao sofrimento psíquico grave**

A temática da responsabilidade e do atendimento à crise no território é central para a construção de dispositivos clínicos para a atenção psicossocial. Nesse sentido, o incentivo à tomada de responsabilidade no cotidiano aparece como ato terapêutico em si (DELL’AQUA & MEZZINA, 2005), já que a cumplicidade e a confiança no cuidado em liberdade substituem o muro do hospício pela continência dada pelo corpo do profissional (LANCETTI, 2008). Assim, ao invés de apenas atribuir à crise do usuário sua apresentação por meio de sinais e sintomas, a resposta à crise consiste em reconectar o sujeito a suas relações materiais e imateriais, buscando que esta não seja compreendida apenas como ruptura, mas também representando a continuidade na existência do indivíduo (DELL’AQUA & MEZZINA, 2005). É proposto que o próprio serviço substitutivo também se disponha a “entrar em crise”, num constante questionamento da relação entre este e seu território, construída com base na reciprocidade e parcerias com a intersectorialidade, não se restringindo apenas ao seu caráter assistencial, conforme foi sugerido pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010).

Podemos compreender a crise dentro de uma continuidade de existência como “um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa“ (COSTA, 2006, s/p). Acreditamos que, com essa postura, ao invés de apenas buscar controlar a crise ao afirmar a suposta “cronicidade das doenças mentais”, é possível utilizar no tratamento as possibilidades existenciais e culturais do sujeito, resignificar sua relação *no e com* o mundo, dando contorno às suas experiências que, até então, eram desagregadoras. Essa postura não consiste em romantizar a crise, ou negar que ela implica sofrimento, mas, pelo contrário, compreender que o sofrimento inscrito na crise responde ao desafio de o sujeito continuar existindo frente ao mundo. Portanto, é necessária uma atenção à crise que trabalhe suas características criativas pela lógica da continência, dando contorno à experiência de sofrimento vivida, em oposição a apenas utilizar-se da contenção, buscando ocultar e normatizar a alteridade (LANCETTI, 2008) presente em diversos modos de sofrimento psíquico grave.

Lancetti (2008) propõe - como ferramenta à atenção psicossocial - a clínica peripatética, ou seja, baseada na noção socrática de aprender passeando, no ir e vir, conversando. Para o autor, na Reforma Psiquiátrica é construída uma complexidade invertida, diferentemente do critério de complexidade centrado no hospital, no qual a atenção à saúde da família é colocada como básica e a atenção com aparato tecnológico especializado, e subdividida em especialidades médicas, é considerada como complexa. Para Lancetti, o simples é o institucionalizado, de modo que a atenção psicossocial – ocorrendo no território geográfico e existencial – apresenta alta complexidade por ser realizada em ambiente permeado pela surpresa e inventividade. Portanto, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, dispositivos centrais na consolidação da Reforma Psiquiátrica, devem ser serviços de portas abertas e de fácil acesso, em constante comunicação com a atenção básica e buscando a produção de saúde. Lancetti coloca essa como a perspectiva da “turbinação” desses serviços, em oposição à burocratização pela tentativa de autossuficiência e fechamento em si mesmo desse serviço.

A clínica da reforma psiquiátrica vem tendo que lidar com novos contexto e lugar, já que os serviços abertos e comunitários necessitam da articulação entre suas três dimensões: clínica, política e cidadania, conforme coloca Grigolo (2010). A autora discute que a Reforma Psiquiátrica, por influência da desinstitucionalização italiana,

buscou focar-se nas dimensões sociais e políticas da saúde mental, deixando algumas das discussões em relação à clínica em segundo plano.

Nesse sentido, a clínica psicossocial deve construir dispositivos clínicos “a partir da experiência dos usuários como sujeitos de seu sofrimento e das práticas terapêuticas geradas no território, com os trabalhadores de saúde mental, de saúde da família, com as famílias, com a comunidade e as redes sociais” (GRIGOLO, 2010, p. 226). A autora coloca como questões a serem destacadas na clínica da reforma psiquiátrica: a complexidade, a multidimensionalidade, a não separação entre tratamento e reabilitação, a visão integral aos problemas de saúde, e a atuação conjunta com os parceiros intersetoriais, sendo, esta última, construída nas relações cotidianas entre trabalhadores e usuários dentro de seus territórios subjetivos.

Vemos que a RPB apresenta importantes avanços, porém ainda enfrenta desafios tanto no âmbito das políticas públicas, quanto em relação a seus dispositivos clínicos. Esse estudo discute a construção de dispositivos clínicos que, reconhecendo o papel dos CAPS na Reforma Psiquiátrica, busquem uma clínica pautada pela inventividade e a desinstitucionalização. Portanto, os CAPS necessitam de uma clínica sensível à vivência cultural dos sujeitos em sofrimento que reconheça o modo como a crise é experienciada, de acordo com a inscrição deles *no* e *com* o mundo. Já que afirmamos a ineficiência do paradigma asilar manicomial e das iniciativas que buscam promover apenas avanços tecnológicos aos hospitais psiquiátricos, pela redução do sofrimento a parâmetros apenas biológicos, a seguir sugerimos indicadores para a Psicopatologia e o Sofrimento Psíquico Grave à luz da Psicanálise e da Fenomenologia Existencialista.

## **1.2 O Sofrimento Psíquico Grave e a Psicopatologia do Senso Comum**

Pontuamos em nosso estudo a necessidade de indicadores psicopatológicos que deem subsídio à delimitação e ao fazer clínico com os diversos modos de sofrimento. Utilizamos a categoria sofrimento psíquico grave como crítica e desconstrução da psicopatologia descritiva clássica, buscando problematizar a conceituação utilizada pela Política Nacional de Saúde Mental. Esta traz o papel dos CAPS orientado pela atenção a sujeitos com “Transtornos Mentais Severos e Persistentes” (BRASIL, 2004), consistindo em quadro nosológico definido por sinais e sintomas estabelecido pela Classificação Internacional de Doenças – CID 10 e pelo Manual Diagnóstico e



## Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM IV.

No documento oficial que visa delimitar o papel dos CAPS na RPB (BRASIL, 2004), encontramos diversas passagens que fazem referência à noção de Transtorno Mental, de modo impreciso. Em alguns momentos é feita referência à gravidade dos Transtornos Mentais, porém sem delimitar quais seriam os indicadores referentes à gravidade. É interessante notar que, em determinado trecho, os termos “psicose” e “neurose” são colocados em separado da noção de Transtorno Mental, quando o CAPS é definido como:

*(...) um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p. 13)*

Essa passagem nos traz a abertura do CAPS para o tratamento de diferentes “quadros”, os quais justificariam serem atendidos pelo CAPS devido à sua “gravidade” ou “severidade” e “persistência”, sendo que, no trecho, a “psicose” é reconhecida como algo grave em si, enquanto a “neurose” só deve ser atendida quando “grave”.

Tenório e Rocha (2006) situam que a Psicopatologia, atualmente, está dividida entre dois grandes campos de saber. Um é a Psiquiatria biológica que utiliza a noção de doença mental, prescindindo de intervenções químicas pela farmacologia, na crença de que a doença mental pode ser traduzida como desajuste neurológico passível de ser controlado. O outro consiste na Atenção Psicossocial como diretriz legal da Política Nacional de Saúde Mental, a qual busca tratar o sofrimento psíquico grave no meio social buscando estabelecer condições para a existência mais favorável e para o resgate (ou para evitar a perda) dos laços sociais.

Já em outro momento no qual é realizada a delimitação dos “Transtornos Mentais” atendidos pelos CAPS, é formulado discurso próximo ao trazido pelos autores da RPB, valorizando a função do sofrimento na delimitação de quem deve ser atendido no CAPS, afirmando que são usuárias desse serviço “(...) aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida” (BRASIL, 2004, p. 15). Nesse momento, vemos referência ao viver como desafio

existencial, e ao projeto de vida como função prioritária do tratamento e do estabelecimento da gravidade do sofrimento. Podemos notar nesses trechos, a discussão trazida anteriormente em relação a certa descontinuidade e não linearidade do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (PITTA, 2011), assim como a coexistência no mesmo documento de conceitos e discursos manicomial e antimanicomial (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006).

Portanto, vemos a necessidade de retomar o processo histórico em relação aos esforços de classificar e conceituar as noções de Transtorno, Sofrimento, Síndrome, dentre outros. Cabe ressaltar que esta revisão não é exaustiva, buscando apenas contextualizar o uso desses termos frente à sua construção histórica. Para este estudo, temos o interesse em pontuar o modo como essas produções sobre a experiência de sofrimento psíquico grave, tomadas como verdades se coisificadas como Transtornos ou Síndromes, são relativamente novas e estão inscritas em processos de poder entre disciplinas e saberes.

Historicamente, existiram diversos modos de conceituar e classificar as experiências de sofrimento psíquico grave utilizando os conceitos de Doença Mental, Distúrbios Psíquicos, Loucura, dentre outros. Costa (2003) revisa parte dos esforços em classificar a Loucura, ao mostrar que, mesmo antes de ser considerada doença, ela fazia parte da humanidade como fenômeno transcultural e histórico, tendo sido, inicialmente, atribuída a causas metafísicas e místicas. Hipócrates foi o primeiro a buscar estabelecer uma teoria das causas físicas da Loucura e um sistema de classificação dela, enquanto doença, ao detalhá-la dividida nas categorias: mania, melancolia, epilepsia e deterioração mental. Nesse primeiro momento, já há tentativa de afirmar a causalidade física da Loucura e afirmá-la como associada à noção de deterioração.

Já Platão propôs um modelo idealista e místico da Loucura, ao separar a alma humana em sua porção racional (imortal, divina e situada no cérebro) e irracional (mortal, animal e situada no peito). Com isso, a Loucura podia ser compreendida como “uma desordem do espírito e não suscetível à lei natural” (COSTA, 2003).

Com o Cristianismo, a Loucura voltou a ser compreendida no contexto espiritual, afirmando-a como causada pela influência do demônio e, especialmente, representada pela figura das “bruxas” que eram cassadas buscando recuperar a “ordem

social”. Costa (2003) afirma também o modo como, até hoje, algumas das concepções religiosas influenciam na confusão em relação à classificação psiquiátrica e a modos de tratamento da Loucura. Até o século XVII, especialmente influenciado pelo Iluminismo e racionalismo, não havia a crença de que a Loucura fosse tratada, consistindo em um sistema de confinamento da Loucura, frente aos sujeitos considerados “normais”. É com Philippe Pinel que é retomada a defesa da causalidade física da Loucura e são criados os hospitais destinados a tratá-la pelo saber médico. Com o século XIX, a medicina aprofunda sua reivindicação de estatuto científico e tecnológico, surgindo a noção de Loucura como Doença e o aparato da internação como meio de controle e isolamento da doença mental (COSTA, 2003; TENÓRIO, 2002). Segundo Costa (2003), são as contribuições de Emil Kraepelin que fundam a Psiquiatria moderna pelo tratamento farmacológico às chamadas doenças mentais, comparando-as a todas as outras doenças, ao considerar que suas “(...) causas estão arraigadas em órgãos defeituosos, hereditariedade, mudanças metabólicas ou secreções internas” (p.63).

Por outro lado, Tenório e Rocha (2006) demonstram que foi com a redução das diferentes possibilidades de apresentações da psicose pelo DSM IV e pelo CID 10 que os fenômenos que permeiam a psicose foram reduzidos a um olhar focado no déficit, ao ser centralizada a compreensão da psicose sobre a noção de esquizofrenia. Esta, segundo a definição de Kraepelin, referia-se à *demência precoce* como quadros de desagregação da experiência psíquica, com a presença de alucinações e com tendências à apatia, ao isolamento e à deterioração. Por outro lado, mesmo Kraepelin apontava as possibilidades de serem apresentados quadros sem desagregação psíquica, nos quais havia a manutenção de funções como a inteligência, com a possibilidade de o sujeito manter seu funcionamento frente ao mundo.

Portanto, Tenório e Rocha (2006) mostram a necessidade de reconhecermos a psicose, e outros modos de sofrimento psíquico grave, dentro de uma continuidade de existência, lógica própria e fazendo referência a uma estrutura na relação do sujeito com a linguagem. Com isso, nem todos os quadros psicóticos podem ser considerados como graves, mas, pelo contrário, são oriundos da imbricação do sujeito com seu sintoma, em relação a seus aspectos não ditos e aos jogos do significante, presentes na linguagem.

Nesse sentido, retomamos a necessidade de que não sejam divididas as funções de cuidado e tratamento, como propõe a psiquiatria biológica, ao colocar o tratamento

restrito ao exercício do psiquiatra pelo tratamento farmacológico, enquanto que os demais profissionais estariam na área de cuidados pela reabilitação após o tratamento. Acreditamos que é pela união das atividades de tratamento e reabilitação, como campos de cuidados, que é possível uma clínica que reconheça a singularidade e inventividade presentes nos diversos modos de sofrimento psíquico grave, abrindo a necessidade de reconhecimento da transferência na clínica da reforma psiquiátrica (FIGUEIREDO, 2004; TENÓRIO & ROCHA, 2006; VIGANÒ, 1999).

Podemos observar – por meio desta breve revisão histórica – que muitos dos saberes propostos pelo DSM IV como objetivos, a-históricos e neutros, na realidade, fazem parte de um processo histórico de tentativas de confinamento, isolamento e não aceitação da diferença na sociedade de modo geral. Em contraposição a isso, podemos partir da conceituação de que sofrimento psíquico grave faz referência a todo tipo de manifestação aguda da angústia humana que não é compreendida pelos demais (COSTA, 2010a). Isso não consiste em romantizá-la, nem negar que existam indicadores para esse modo de sofrimento. Pelo contrário, acreditamos que, pela compreensão do modo como a sociedade lida com a diferença de modo geral, podemos estudar e diferenciar as manifestações permeadas por angústia intensa daquele que sofre, daquelas que apenas incomodam a ordem social.

Uma vez realizada esta reflexão histórica, cabe aqui situar a necessidade de uma revisão crítica sobre estes conceitos-chave da Psiquiatria: Transtorno, Doença e Síndrome. Com a defesa dos aparatos tecnológicos da medicina e o avanço nos manuais classificatórios em Psiquiatria, vemos a ampliação razoável de quadros diagnósticos de Transtornos, porém, como afirma Costa (2003, 2010b), não necessariamente estes refletem delimitação mais clara das diversas possibilidades de sofrimento existentes englobadas sobre os amplos espectros de Loucura ou Doença Mental. Se buscarmos sua etimologia, “Síndrome” advém da palavra grega *syndromé*, ou seja, simboliza reunião ou conjunto. Ela é conceituada pela Psiquiatria como condição com certa homogeneidade de sinais e sintomas, com certa correlação que engloba uma série de transtornos (COSTA, 2010b).

Já a categoria transtorno mental aparece como tentativa de colocar um amplo espectro de modos de sofrimento sobre algum tipo de denominador unificador e simplificador – baseada na crença de neutralidade – que a própria Classificação

Internacional das Doenças - CID 10 reconhece como imprecisa, mas que busca “evitar problemas” conceituais, e nem sempre está associado a modos de sofrimento, conforme apresentado em seu prefácio em relação à terminologia:

*O termo “transtorno” é usado por toda a classificação de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos como “doença” ou “enfermidade”. “Transtorno” não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. (OMS, 1993).*

No DSM IV, também encontramos o reconhecimento da imprecisão no termo Transtorno, ao colocar que a distinção entre transtornos mentais e físicos implica certo dualismo entre mente e corpo, acarretando “anacronismo reducionista” (APA, 1995). Nesse sentido, na introdução desse manual classificatório, é afirmado que, mesmo agrupando uma classificação vasta de transtornos mentais, é o termo “Transtorno” que apresenta as maiores imprecisões e não representa nenhuma definição específica. Tomando como exemplo dessa questão, Desviat (2011) demonstra como o DSM IV retirou o diagnóstico de transtorno mental orgânico na tentativa de considerar que todos os transtornos mentais são orgânicos, mudando as denominações dos quadros com etiologia neurológica pelas categorias de síndrome confusional, demência, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos. Conforme trazido por alguns autores (COSTA, 2003, 2010a, 2010b; DESVIAT, 2011), a tentativa do DSM de ser um instrumento ateuórico e a-histórico esconde-se por detrás de lógica reducionista e neopositivista, na qual há uma psiquiatrização da vida social e dos desafios existenciais humanos.

Neste estudo, utilizamos como referencial a Psicopatologia do *Senso Comum* (LEAL, 2007), já que, ainda que ela também leve em conta a apresentação de sinais e sintomas a partir das classificações colocadas acima, as utiliza apenas como parte do fenômeno. Nesse sentido, compreende o sujeito também em sua dimensão corporal e pré-reflexiva – tomando a intersubjetividade como categoria central – ao ampliar a noção de sujeito para além da mediação pela linguagem reflexiva, negando a separação entre o tratamento e a reabilitação psicossocial. Uma das discussões centrais trazidas nesse referencial psicopatológico é criar mecanismos de cuidado nos quais a construção

da autonomia é ferramenta para a inserção social dos sujeitos em sofrimento.

Nesse sentido, Leal e cols. (2006) trazem a compreensão do sujeito como estando *no* e *com* o mundo, ao discutir que muitas vezes algumas das noções de subjetividade trazem consigo a noção implícita de sujeito regido pela “autonomia, liberdade, autorreflexividade, autorresponsabilidade, materialidade de um corpo, particularidades, potencialidades infinitas que conferem cunho próprio e único à personalidade” (SANTOS, 1995, p.120). O termo “autônomo” vem do grego *autos* – referindo-se a si mesmo, e *nomos* significa lei, regra ou norma, trazendo, portanto, um sujeito capaz de auto determinação e com liberdade. Com isso, muitos dos serviços de saúde mental colocam como meta do tratamento a autonomização do usuário, porém ao considerarem esta como auto determinação – sem necessariamente perceberem que utilizam tal concepção – ignoram que o ser tem uma ligação íntima com o mundo na possibilidade de colocar “entre parênteses” as representações pré-estabelecidas do mundo sem perder a articulação histórica com este (LEAL et al., 2006).

Assim, no campo da saúde mental é necessário contextualizar a categoria “autonomia”, vendo a disfunção social do sujeito como consequência do adoecimento – e não apenas na apresentação de sinais e sintomas – na dialética entre pertencer ao mundo e poder vê-lo de fora das categorias do senso comum. Portanto, são necessárias ações de reabilitação que “possam dialogar com a experiência vivida desses sujeitos e com os modos de produção das dificuldades de relação com o mundo presentes em cada quadro psicopatológico” (LEAL et al., 2006, p. 442-443). Uma clínica regida pela autonomia, como reconstrução do lugar *no* mundo em sua experiência vivida, não busca que o sujeito funcione livre e sozinho, mas que possa rever sua relação *com* o mundo por seu pertencimento a este.

Trazemos neste estudo a necessidade de que a atenção em saúde mental seja direcionada aos diferentes modos de sofrer do sujeito *no* e *com* mundo, utilizando o conceito de sofrimento psíquico grave para delimitar quem deve ser atendido nos serviços substitutivos de saúde mental, para não repetir o processo de marginalização social de modos de sofrimento que não se organizem em quadros nosológicos pré-estabelecidos e restritos à apresentação de sinais e sintomas – assim como foi feito no passado com os chamados “doentes mentais”, considerados incuráveis e submetidos à exclusão social (LEAL et al., 2006).

Desse modo, acreditamos que não há possibilidade de serem utilizados indicadores unívocos em toda a classificação psiquiátrica, consistindo, portanto, no registro da pluralidade das manifestações simbólicas em relação à angústia humana, só podendo ser compreendida se acessada como terceiridade (ao nível do signo), dimensão definidora do ser humano como ser afetado pelo *pathos* (MARTINS, 2005).

A partir dessa compreensão, o *pathos*, longe de poder ser compreendido apenas no registro da doença e do sintoma, aparece como (dis)posição fundamental do sujeito frente à sua existência e aos modos de sofrimento, assim como à sua afetação pelo outro. Já que neste estudo estamos discutindo aspectos específicos do sofrimento psíquico grave na cultura popular, cabe pontuar que a vivência das classes populares apresenta expressões próprias de acordo com suas lutas e seus desafios existenciais e que a noção de *pathos* permeia a condição humana de sentir-se afetado pelo outro, a partir da vivência de angústia.

Safra (2006a) discute a importância de, no manejo clínico, sabermos diferenciar os aspectos que se referem ao registro do *ontológico* (ser) e os aspectos que fazem parte do *ôntico* (ente), fazendo referência a conceitos trazidos por Heidegger (1927/1999). Os aspectos ontológicos aparecem como condição humana de abertura à alteridade, para projetar-se na existência, sendo o homem ser de transcendência e incompletude, pelo seu constante confronto com o não ser e com o inédito. Já os aspectos ônticos são oriundos da experiência biográfica, ocorrem no espaço-tempo e apresentam relação com os fatos na existência humana. O sofrimento pode ser apresentado tanto em seus aspectos ônticos quanto ontológicos, de modo que, neste estudo, sempre situaremos aspectos que são da condição humana e aspectos que diferenciam o sofrimento das classes populares por meio de suas vivências biográficas e suas lutas cotidianas como mecanismos de expressão da cultura popular.

Apesar disso, é importante notar que a exclusão e o desenraizamento são fenômenos também ontológicos – ao mesmo tempo em que se apresentam no registro ético e estético – já que rompem a possibilidade de o sujeito habitar o mundo eticamente (SAFRA, 2004). O sofrimento faz referência ao ontológico já que o esforço de *compreensão* em relação ao mundo e à alteridade, para além de ser mero ato racional consiste em:

*(...) uma oferta ambígua ao ser humano, pois se, por um lado, implica a capacidade do ser humano de poder questionar-se sobre seu ser e de projetar-se na existência, por outro coloca-o, desde sempre, aberto à consciência da experiência da dor e sofrimento (SAFRA, 2006a, p.24.)*

Portanto, acreditamos que a psicopatologia descritiva não permite atenção complexa e sensível às diversidades do sofrimento psíquico grave, por recorrer à reducionismo frente ao modo do sujeito de estar *no* e *com* o mundo. Com isso, não propomos que não seja utilizado todo o conhecimento adquirido pela Psicopatologia descritiva, mas, pelo contrário, a desconstruímos abrindo outras possibilidades de compreendê-las a partir de outras perspectivas e vendo-a a partir de um olhar analítico-existencial (MARTINS, 2005), pensando-a predominantemente a partir dos modos de o sujeito viver o sofrimento e dar sentido a ele.

Nessa perspectiva, como sinaliza Costa (2010a), a angústia surge como dimensão central, já que o indicativo grave refere-se à intensidade do sofrimento existencialmente e subjetivamente, e não enquanto conjunto de sinais e sintomas previamente definidos por construtos fixos. A noção de sofrimento pode ser entendida:

*(...) a partir da relação com o outro, e é uma resposta que o sujeito tem ao pertencer ao espaço afetivo, relacional, histórico e social. Ainda que os sintomas expressos pelo sujeito sejam semelhantes aos de outras pessoas, a manifestação subjetiva do sofrimento é sempre exclusiva do indivíduo e irreduzível, ou seja, impossível de ser enquadrada em uma classificação geral. (p.60).*

Com isso, ao utilizarmos o termo “sofrimento psíquico grave”, a Psicopatologia abandona sua característica sintomatológica e individualizante, para tomar o “sofrimento psíquico grave” como modo de estar no mundo, fenômeno existencial humano – de cunho interno, relacional e dinâmico – permeado pela vivência de angústia (COSTA, 2010a).

Freud (1926/1996) discute a angústia [*angst*] como a base para a compreensão dos fenômenos de sofrimento, ao mostrar a relação entre a inibição de funções do ego como mecanismos de criação de sintomas, frente à vivência de angústia como situação de perigo. O autor define a angústia como “algo que se sente”, um “estado afetivo” no



qual predomina a vivência de desprazer, com atos de descarga ao longo de trilhas específicas, estando associada ao trauma de nascimento (FREUD, 1926/1996). Por outro lado, vivências intensas de angústia nem sempre têm apresentação sintomatológica, assim como alguns sintomas aparecem com vivências de angústia menos intensas. Apesar do estudo de Freud fazer referência aos quadros neuróticos, ele demonstra que a formação de sintomas surge como meio de o ego proteger-se frente à vivência de perigo, fazendo com que o objetivo do tratamento em Psicanálise não seja apenas a remissão dos sintomas. Assim, compreende os sintomas como formas de comunicação inconsciente e compromisso como desejo, conforme já havia sido colocado em sua obra *Três ensaios sobre a sexualidade* (FREUD, 1905/1996).

É importante situar que, na Psicanálise, o sintoma não faz referência apenas a estados de doença ou à agrupação de sinais que sinalizem Transtornos Mentais. Pelo contrário, compreendemos que sujeito e sintoma constituem-se um ao outro, de modo que tratamento e diagnóstico são indissociáveis, já que o diagnóstico surge tendo o singular como referência dos movimentos do sujeito do inconsciente (FIGUEIREDO, 2004). Do mesmo modo, o objetivo do tratamento analítico não deve ser a remissão dos sintomas, pelo contrário, em alguns momentos de tratamento, o trabalho analítico pode trazer agravamento dos sintomas (FREUD, 1937/1996).

Assim, ao compreender o sintoma como meio de defesa do ego frente à situação de perigo, a clínica do sofrimento psíquico grave visa escutar e estar *com* os sujeitos, não apenas em sua apresentação sintomatológica, sendo necessária ao analista a capacidade de “tolerar os sintomas” (WINNICOTT, 1953/1993; 2011) durante o tratamento, já que a ótica da remissão de sintomas impossibilita o acesso à angústia e que o sujeito construa novas narrativas e repositone-se existencialmente frente a suas vivências.

Winnicott (1953/1993) pontuava que o Psiquiatra não deveria ser um “curador de sintomas” e, sim, compreender neles um pedido de ajuda, sendo parte de uma tendência natural à saúde e à maturidade, de modo que, nesses casos, o sujeito precisa do sintoma para continuar sobrevivendo e, tendo este retirado dele, pode produzir outras formações de sintomas ou até ter vivências de sofrimento mais graves que aquelas produzidas pelo sintoma. Mais à frente, retomaremos algumas das contribuições de Winnicott para a delimitação do sofrimento psíquico grave.

Assim, a clínica dentro da reforma psiquiátrica deve estabelecer modos de *estar com* o sujeito que sofre (COSTA, 2003), com sensibilidade e disponibilidade afetiva do terapeuta, já que *estar com* é em si uma intervenção, consistindo em meio de ajudar o analisando a recolocar suas questões originárias pelo seu idioma pessoal em sua comunidade como singularidade (SAFRA, 2004). Essa discussão insere-se no modo como, atualmente, há predomínio da racionalidade técnica que visa ao alívio imediato da dor, desconhecendo o valor da angústia relativa ao fato de viver lidando com nossos conflitos existenciais (DIAS, 1999).

Cabe pontuar que, neste estudo, utilizamos a dimensão do cotidiano na experiência de sofrimento – em detrimento à noção de transtorno como algo externo à experiência do sujeito – como referencial para a definição dos modos de operar na clínica da saúde mental. Portanto, posteriormente, discutiremos como os modos de sofrimento enquadrados como loucura são permeados pela ausência de cotidiano (SAFRA, 1998) e pela impossibilidade de o sujeito encontrar na cultura o que cria subjetivamente, devido a seu desenraizamento e à exclusão social, não conseguindo ser acolhido pela cultura em seu gesto criativo pelo fenômeno de *ilusão* (SAFRA, 2004).

## Capítulo II

### Aproximações entre o Sofrimento Psíquico Grave e a Psicanálise Winnicottiana

*Para aqueles que estão mais interessados em doenças que em pessoas – doenças da mente, eles as chamariam – a vida é relativamente fácil. Mas, para aqueles entre nós que tendem a conceber os pacientes psiquiátricos não como doentes, mas como pessoas que são vítimas da batalha humana pelo desenvolvimento para a adaptação e para a vida, nossa tarefa torna-se infinitamente complexa (WINNICOTT, 1965/1980, p.91).*

A Psicanálise winnicottiana traz uma série de contribuições ao estudo do fenômeno saúde/doença e ao campo do sofrimento psíquico grave, já que Winnicott teve sua prática inicial como Pediatra e, posteriormente, como Psicanalista de crianças, jovens e adultos em consultório. Uma de suas obras na qual delimita de modo sucinto e direto a noção de indivíduo saudável é a compilação de palestras realizadas por ele, publicadas no livro “Tudo começa em casa” (WINNICOTT, 2011). Neste, ele inicia sua exposição colocando que uma das principais contribuições da Psicanálise, já estabelecida por Freud, foi recusar a lógica da remissão dos sintomas para prestar atenção à capacidade de o paciente revelar-se a si mesmo. Apesar da contribuição freudiana, considera que a saúde não pode ser apenas compreendida pela referência à fixação às zonas erógenas, mas que há íntima ligação com a maturidade do indivíduo, compreendida como movimento em direção à independência, processo de autonomização na batalha de manter-se vivo e continuar existindo.

Portanto, a saúde pode ser compreendida como o processo de adquirir senso de *ser*, senso de *self*<sup>2</sup> e de sentir-se real. Para tanto, o bebê necessita receber do ambiente as funções de  *Holding* (sustentação) e do  *Handling* (manejo), desde os estágios iniciais da vida do bebê em sua relação com a mãe. A primeira função refere-se à sustentação

---

<sup>2</sup> O conceito de *Self* em Winnicott refere-se, essencialmente, à sensação de *ser* e sentir-se real, existindo potencialmente desde o nascimento do bebê (ABRAM, 2000). Apesar disso, o *self total* só se dá após o bebê reconhecer a diferenciação entre eu e não eu, podendo ser, ou não, conquistado pela ação de ambiente suficientemente bom no desenvolvimento emocional.

dada pelo ambiente às necessidades do bebê em sua experiência de continuidade de *ser*, representando pela confiança e constância do ambiente, originadas no estado de preocupação materna primária (ABRAM, 2000). Portanto, diz respeito à possibilidade do bebê receber suporte para sua formação egóica e sua, posterior, entrada no campo dos fenômenos transicionais. Já o *Handling* consiste na manipulação corporal e no contato com as necessidades corporais pela relação mãe-bebê, possibilitando que o indivíduo habite seu corpo e cumpra a tarefa da personalização no desenvolvimento emocional primitivo (WINNICOTT, 1945/1993).

É importante situar que, por discutir os cuidados maternos, Winnicott faz referência ao cuidado oferecido pela mãe como função (*maternagem*), porém no contexto analítico com adultos, utiliza a noção de ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1954/1993). Neste estudo, sempre que for discutida a relação mãe-bebê pela teoria Winnicottiana, esta se refere a questões que serão atualizadas na relação transferencial e, portanto, que dizem respeito a todo o desenvolvimento do sujeito e ao *setting* analítico pensando na relação analista–analizando.

## **2.1 O viver criativo como tarefa do desenvolvimento emocional primitivo**

Após revisar esses conceitos centrais para a compreensão da função do ambiente - no desenvolvimento emocional primitivo - prosseguiremos na discussão do conceito de saúde para Winnicott. Sua conceituação de saúde não consiste em “ausência de doença”, já que esta última pode representar meramente uma fuga para a sanidade, dentre outros fenômenos, ao passo que a doença é vista como um modo de continuar vivo após o colapso de suas defesas saudáveis (WINNICOTT, 2011). A saúde é vista como a possibilidade de *ser*, base do *fazer*. Portanto, a experiência de *ser* começa a ser adquirida, nos estágios iniciais, pela integração como tarefa do desenvolvimento.

Para Winnicott (2011), nem sempre quadros nosológicos considerados como doença devem ser curados, assim como estados que não apresentem sintomatologia ou queixa aparente podem permear níveis altos de sofrimento e de ameaça à continuidade do *ser*. É interessante notar que em sua obra o autor prefere a expressão “viver criativo” à noção de “saúde”, já que afirma que o viver criativo constitui-se pelo uso dos objetos

e fenômenos transicionais, que, no desenvolvimento adulto, são vividos na cultura:

(...) a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida. Os pacientes psicóticos que pairam permanentemente entre o viver e o não viver forçam-nos a encarar esse problema, problema que realmente é próprio, não dos psiconeuróticos, mas de todos os seres humanos. Afirmo que esses mesmos fenômenos, que constituem vida e morte para os pacientes esquizoides, ou fronteirizos, aparecem em nossas experiências culturais. (WINNICOTT, 1975, p.139)

Nesse sentido, Winnicott recusa qualquer tipo de linha nítida de classificação entre a saúde e os estados de adoecimento, já que a saúde é constituída pelo viver criativo, capacidade que nunca é completamente extirpada do indivíduo. Porém, se não acolhida em sua expressão como gesto espontâneo – pela submissão do indivíduo à realidade externa e às falhas ambientais – constrói estados de doença. Ao mesmo tempo, reafirma o pressuposto psicanalítico de que o diagnóstico só pode ser feito em análise, porém coloca que este pode alterar-se no curso do tempo, não falando em estruturação psíquica, apesar de utilizar conceitos freudianos como “neurose” e “psicose” (WINNICOTT, 1959-1964/1983).

Segundo o autor, o desenvolvimento emocional primitivo é impulsionado pela tendência herdada de integração do *self*, mas que só é possível com a provisão de “ambiente suficientemente bom” (WINNICOTT, 1945/1993). Em primeiro momento, o bebê está em estado de não-integração primária, vivendo a experiência de onipotência e não separação entre ambiente e si. Por meio da criatividade primária, pelo gesto espontâneo, o bebê busca um modo de viver saudável, e, portanto, o que determinará os modos de adoecimento será o momento do desenvolvimento no qual há o predomínio da falha ambiental, fazendo com que predomine seu padrão reativo em relação ao ambiente (WINNICOTT, 1959-1964/1983, 1971/1992). Portanto, afirma que existe um movimento herdado pelo bebê em buscar a integração e a expressão criativa. Por outro lado, traz que é só pela presença de ambiente suficientemente bom que o bebê pode formar-se e levar em frente seu desenvolvimento emocional.

Abram (2000), ao discutir a terminologia utilizada por Winnicott, reconhece as contribuições do autor ao estudo da criatividade, mostrando que esta tem origem nos primeiros momentos de vida do bebê como impulso para a saúde, porém só consegue

ser expressa se o ambiente lhe proporciona determinadas condições. Nesse sentido, coloca como condições ao viver criativo: a capacidade da mãe de responder ao gesto espontâneo do bebê; as vivências pelo bebê da experiência de ilusão na fase de onipotência; e a possibilidade de o objeto sobreviver ao amor cruel vivido pelo bebê neste momento.

Com isso, percebemos que é pela experiência de onipotência fundada na criatividade primária – impulsionada pela tendência à integração – que o bebê pode ir construindo sua relação com o mundo, o que posteriormente permitirá o viver criativo do indivíduo pelas experiências culturais (WINNICOTT, 1971/1992). Nesse sentido, a teoria winnicottiana considera que, pela experiência de onipotência acolhida pelo ambiente suficientemente bom, é possível o indivíduo desenvolver a humildade frente ao mundo, já que o bebê só pode suportar a presença da alteridade quando consegue viver sucessivas experiências de ilusão para poder ter a sensação de continuidade de ser (ABRAM, 2000).

Dias (1999, 2011) comenta que a noção de tendência em Winnicott não significa auto determinação, podendo realizar-se ou não, a depender do papel do ambiente. Assim, sua teoria do amadurecimento não diz respeito somente ao biológico, pulsional ou mental, mas ao *psessoal*, ou seja, ao sentimento de ser real, de existir em um mundo, compondo a constituição do *self*. Assim, acredita que a teoria do amadurecimento deve ser guia da ação terapêutica, já que é a necessidade do paciente e a natureza de seu distúrbio que devem determinar o tratamento de cada caso, não podendo esta ser reduzida como técnica (DIAS, 2011). Portanto, no transcorrer de uma análise podem surgir demandas de diferentes fases do amadurecimento, apesar de grande parte da teoria winnicottiana debruçar-se sobre os estágios iniciais de desenvolvimento, já que nesse momento é iniciada a constituição dos alicerces da personalidade.

Dias (1999) faz uma discussão sobre o papel da hereditariedade orgânica, colocando que esta deve ser levada em conta, porém sem lhe atribuir sentido etiológico, como pode acontecer nos casos com etiologia neurológica. Segundo ela, Winnicott considera o distúrbio psíquico não como entidade somente nosológica, constitucional ou adquirida, mas refere-se a distúrbios na dificuldade de continuar existindo frente aos desafios do mundo, os quais, nos estágios iniciais, são oriundos da relação mãe-bebê, exercendo a função de ambiente.

Em relação à provisão ambiental, Winnicott (1952/1993, 1955/1993) discute a necessidade da adaptação ativa do analista ao indivíduo em sofrimento, situando as origens da psicose em fases anteriores ao estabelecimento do ser total – com ego constituído – e fugindo de uma concepção apenas psiquiátrica do campo da psicose e dos modos de sofrimento psíquico grave. Com isso, situa a construção do ambiente – não como um espaço ideal e sem falhas – mas como uma possibilidade de constância na adaptação ativa às necessidades do bebê, o que progressivamente vai dando-o a sensação de confiança no ambiente (WINNICOTT, 1952/1993). Parte da noção de mãe suficientemente boa, trazendo nas primeiras fases do desenvolvimento infantil a necessidade da “devoção” da mãe enquanto categoria sensível:

*Pode-se eliminar o sentimentalismo da palavra “devoção” e utilizá-la para descrever a característica essencial sem a qual a mãe não pode dar sua contribuição, uma adaptação sensível e ativa às necessidades de seu bebê, necessidades que no início são absolutas (WINNICOTT, 1952/1993, p. 376).*

Ao discutir os princípios da clínica winnicottiana, Safra (2009) comenta que Winnicott não propõe apenas uma teoria do desenvolvimento humano, mas assinala condições fundamentais para o acontecimento humano. Nesse sentido, sua teoria parte da compreensão da função materna como a experiência fundadora do psiquismo do bebê, situando sua teoria como intersubjetiva e transgeracional. As primeiras possibilidades de *ser* do bebê acontecem quando a mãe, em situação de devoção e preocupação materna primária, consegue dar contorno à experiência vivida pelo bebê – por sua ação criativa no mundo –, a qual o próprio não consegue perceber como separada do ambiente inicialmente. Quando estamos discutindo os cuidados mãe-bebê ainda não é discutida a categoria *desejo*, como acontece na metapsicologia freudiana, o que pressupõe mínima organização egoica, mas as *necessidades* básicas necessárias para propiciar a experiência de continuidade de ser no bebê.

Na compreensão de Safra (2009), Winnicott insere novas contribuições a categorias como a “transferência”, que não se restringe apenas ao retorno do recalcado e às significações possíveis do processo, mas é campo de abertura a novos acontecimentos pela ação e pelo gesto pessoal do analisando sobre o mundo, assentado na tradição e ancestralidade. Ao mesmo tempo, a teoria winnicottiana é uma teoria da

singularidade pelo registro ontológico, ou seja, que sinaliza as condições necessárias para o acontecer humano, além de ser uma teoria da historicidade humana, já que necessita que compreendamos como o sofrimento singular insere-se na tradição e versa sobre o mal-estar contemporâneo (SAFRA, 2007).

Portanto, a noção de experiência torna-se central para compreender a teoria winnicottiana, já que o autor tentava criar uma teoria que fosse pensada por meio da experiência empírica, do ponto de vista do bebê (NAFFAH NETO, 2007). Somente compreendendo essa questão que podem ser contextualizados os conceitos de Winnicott como falso-*self*, referindo-se à sensação do paciente de falsidade e falta de utilidade frente ao mundo. No presente estudo, utilizaremos a noção de experiência de sofrimento, em detrimento à noção de loucura apenas como fenômeno social, ou a qualquer tipo de classificação externa à vivência do sujeito.

Concordamos com Naffah Neto (2007) quando ele considera que a experiência só é possível quando existe uma organização ambiental mínima na qual possa haver brincadeira, de modo que a impossibilidade de o sujeito viver experiências é critério diferencial na delimitação entre estados de saúde e de sofrimento grave. Apesar disso, mesmo nos casos de sofrimento psíquico grave existe alguma potencialidade do sujeito em viver no mundo, grande parte das vezes escondida detrás do falso-*self*, sendo que, na maior parte das vezes, é a falha do falso-*self* que leva o sujeito à análise.

Khan (1986) – compilador das obras de Winnicott – comenta certa passagem, na qual pastores anglicanos buscaram Winnicott para questionar quais seriam os casos que poderiam ser atendidos por eles, e quais mereceriam atenção psiquiátrica. Ele diz que não importa o quão grave é o conflito psíquico ou o sofrimento, de modo que, se o indivíduo consegue manter o seu interesse, ele pode ser tratado, mas, se ele não consegue prender a atenção de quem está escutando, causando tédio (*boring*), releva a gravidade de uma narrativa cansativa que não permite que a linguagem seja utilizada criativamente. Khan situa, ainda, a diferença entre causar tédio no outro (*boring*) e sentir-se entediado (*boredom*), já que o primeiro releva a dificuldade do paciente de brincar, negando sua realidade interna, sendo seu ato de causar tédio uma tentativa esperançosa de buscar ajuda no ambiente. Assim, percebemos uma tentativa de trabalhar - pela via da transferência - indicadores de sofrimento psíquico grave que levem em consideração o viver criativo e a possibilidade de o sujeito viver no mundo criando-o



continuamente, o que pode ser acessado pela escuta sensível às narrativas criadas no *setting* analítico, ou em cenários de pesquisa.

Winnicott situa a origem dos processos psicopatológicos e do sofrimento psíquico grave na inconstância e não adaptação do ambiente à ação criativa do bebê, não atingindo as metas do desenvolvimento emocional adulto: a integração, a personalização e as relações objetais (WINNICOTT, 1963/1983; 2011). Discute o modo como a adaptação suficientemente boa do analista é necessária como profilaxia à psicose adulta e prevenção à cronificação do quadro sintomatológico. Nesse sentido, ressalta a necessidade de o analista colocar-se como objeto subjetivo para o analisando, ao oferecer no ambiente aquilo que o analisando cria, sempre trazendo uma carga de alteridade em sua apresentação objetiva. Em seu estudo “Os doentes mentais na prática clínica”, o autor afirma que esse tipo de sofrimento diferencia-se das doenças com etiologia física e cerebral (orgânico), não sendo comparável às outras doenças, definindo a doença mental como “conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras quanto retalhadoras” (WINNICOTT, 1963/1983, p. 200-201). Com isso, os distúrbios psíquicos não são doenças classificadas com base na sintomatologia, mas um sinal de saúde, referindo-se ao ponto da linha do amadurecimento no qual o processo foi interrompido, em função de constantes falhas ambientais para o bebê (DIAS, 1999).

Um campo importante para o estudo do sofrimento psíquico grave é a discussão de Winnicott (1963/1994) em torno das agonias impensáveis. O autor discute essas como uma organização defensiva frente ao medo do colapso. Nesse sentido, são agonias primitivas que remetem ao estágio de dependência absoluta, no qual o bebê ainda não consegue separar o eu do não-eu. Consiste em um retorno a estado não integrado, com a perda do senso do real e a perda da capacidade de relacionar-se com objetos. Assim, o indivíduo é jogado frente à agonia de não ter sustentação, e, portanto, lidar com a imagem impensável de “cair para sempre”. As agonias impensáveis trazem a ameaça de cair no não *ser*, experiência de solidão infinita, visto que o sujeito não pode ser acolhido em seu gesto singular (SAFRA, 2004).

Esse confronto com o medo do colapso refere-se a algo que já foi experienciado, porém que é buscado, compulsivamente. Paradoxalmente, o indivíduo teme encontrar aquilo que busca, já que isso se refere a defesas primitivas e à fraca

organização egóica. Por outro lado, a busca de reviver na transferência com o analista o colapso já experienciado, remonta a buscar os aspectos que, no período, não puderam ser vividos como experiência, devido à imaturidade em relação ao desenvolvimento emocional primitivo.

Para reviver o que ainda não foi experienciado, em relação ao colapso, é necessário que o analista se disponha a discutir suas falhas como mecanismo de descongelamento das situações de fracasso ambiental na fase de dependência absoluta (WINNICOTT, 1963/1994). Estas contribuições de são fundamentais para redimensionar campos de sofrimento psíquico grave como as vivências categorizadas como de “pânico”. Com isso, o campo do sofrimento psíquico grave pode ser compreendido para além da noção de esquizofrenia. Também cabe situar que nem todas as vivências de crise do tipo psicótica são graves ou remetem a vivências intensas de sofrimento.

## **2.2 A Clínica do *Setting* no cuidado ao Sofrimento Psíquico Grave**

Na discussão em relação aos modos de tratamento para diferentes formas de sofrer, Winnicott faz uma divisão em três grandes grupos, situando que os agrupa de acordo com o arsenal técnico exigido por cada um deles. Apesar disso, afirma que a análise não se reduz à dimensão da técnica, já que esta é utilizada para que seja possível acompanhar o processo do paciente, de acordo com seu ritmo e seu próprio curso (WINNICOTT, 1954/1993).

Nesse estudo, o autor coloca o primeiro grande grupo de pacientes como aqueles que operam como pessoas totais, os quais passaram por uma configuração edípica, tendo seu conflito intrapsíquico nas relações interpessoais, e, por isso, necessitando que o analista utilize a técnica clássica freudiana. Eles apresentam capacidade de confiar no ambiente, já que tiveram suas necessidades atendidas em estágios iniciais.

Já o segundo grupo de pacientes comporta aqueles que apresentam o ego estruturado, porém cujos conflitos estão situados na aquisição da totalidade, e, portanto, requerem a análise do estágio da preocupação. A técnica oferecida a eles indica certa semelhança com o grupo anterior, mas exige que seja trabalhada a sobrevivência do analista frente às vivências de amor e ódio do paciente, trazendo uma organização

relacionada à posição depressiva lidando com o relacionamento mãe-criança.

O terceiro grupo de pacientes apresenta falhas ambientais nos estágios primitivos de desenvolvimento emocional, não tendo ainda a organização da unidade espaço-tempo constituída, como nos casos de uma organização psicótica, e necessitando que o analista crie um *setting* centrado no *holding*. Com essa organização do *setting*, é possível descongelar as situações de fracasso ambiental por meio da regressão, de modo que o ambiente reproduza a função de maternagem, realizada nos estágios iniciais de desenvolvimento. Isso permite a reelaboração das defesas primitivas e incorporação de novos modelos defensivos, criativos e identificatórios no desenvolvimento emocional do indivíduo.

Em relação ao tratamento de pacientes que necessitem da regressão à dependência, após o *setting* oferecer espaço seguro e confiável, surge a sensação no paciente de risco (por ter que abandonar parte de sua organização defensiva) e desvelamento do *self*, ao mesmo tempo, passando pela vivência de raiva frente às situações de fracasso ambiental e à possibilidade de caminhar rumo à independência, tendo a realização de desejos e necessidades, até então ocultos por detrás do *falso-self* (WINNICOTT, 1954/1993). Nesse tipo de análise, mais importante que o arsenal técnico do analista em sua compulsão a interpretar pela fala, é sua sensibilidade ao *setting* no qual esta acontece em todos os seus aspectos não racionalizáveis. Acreditamos que, com a construção deste espaço de compartilhamento afetivo entre terapeuta e usuário, a sensibilidade à cultura popular pode ser construída, fazendo com que o terapeuta possa mergulhar na alteridade do sujeito em sofrimento.

É fundamental situar o modo como Winnicott conceitua a noção de regressão à dependência e a utiliza no tratamento de pessoas que fazem parte do terceiro grupo de pacientes, referido acima. Para o autor, a regressão significa o inverso do progresso em relação ao desenvolvimento emocional, este último referindo-se à evolução do indivíduo, psique-soma, personalização e formação de caráter e socialização (WINNICOTT, 1954/1993). Nesse sentido, para que ocorra a regressão, é necessário que haja o fracasso ambiental, consistindo em organização do tipo *falso-self* e que exista alguma crença (não apenas consciente) de descongelamento da situação de fracasso ofertada, o que só ocorre se o analista oferecer ambiente constante e confiável, no qual podem ser vividas as situações de fracasso na relação transferencial. Esta elaboração

teórica traz à tona o papel da esperança como busca de cura, intimamente relacionada à saúde como traz Winnicott (1954/1993):

*A organização que torna a regressão útil se distingue das outras organizações defensivas pelo fato de carregar consigo a esperança de uma nova oportunidade de descongelamento da situação congelada e de proporcionar ao meio ambiente, isto é, o meio ambiente atual, a chance de fazer uma adaptação adequada, apesar de atrasada (p. 466).*

O trecho acima contextualiza a esperança do paciente como fator fundamental de prognóstico em relação às suas vivências de sofrimento. Para o campo da saúde mental, essa questão pode ser colocada no esforço de utilizar o movimento esperançoso do usuário – ou em casos mais graves auxiliá-lo ofertando um ambiente que lhe permita ter esperança – na busca de sua saúde. É fundamental contextualizar que, para Winnicott (1954/1993) a psicose tem uma ligação estreita com a busca de saúde, colocando que diferentemente da psicose, ela pode recuperar-se espontaneamente a partir de vivências cotidianas, a depender do grau de cristalização das estruturas e processos psíquicos. Acredita que a organização da doença consiste nesse movimento esperançoso, em oposição àqueles que estão em estado defensivo caótico, sem conseguir utilizar suas defesas de modo curativo. Em relação a isso, pontua os poderes curativos dos fenômenos da vida cotidiana. Neste trabalho, concordamos com o autor quando colocamos como um dos esforços do cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico grave o restabelecimento de sua vida cotidiana e sua inserção social, além de compreendermos que, ao criar um ambiente no qual o sujeito pode expressar-se a partir da cultura popular, há uma tentativa de utilizar-se do próprio poder curativo e da crença na possibilidade de descongelamento da situação de fracasso ambiental.

Dias (2011) também mostra a necessidade de que a classificação dos distúrbios psíquicos considere a esperança como critério diferencial. Sinaliza que, utilizando a teoria do amadurecimento como guia da prática clínica, a natureza do distúrbio “(...) está relacionada ao ponto, no amadurecimento, em que o bebê perdeu a esperança de comunicar ao ambiente que algo anda muito mal” (DIAS, 2011, p. 198). Nesse sentido, a depender do grau de comunicação esperançosa na queixa do analisando – seja esta implícita ou explícita, discursiva ou estética – podemos compreender o quanto o padrão ambiental foi traumatizante à experiência de confiar no ambiente, fundamental ao

sentimento de continuar existindo. Com a ausência do sentimento de confiar no ambiente, predomina um padrão no bebê de reação às vivências traumáticas, perdendo a possibilidade de viver de modo espontâneo e de repousar.

Dias retoma o modo como o padrão defensivo do tipo falso-*self* não permite que o bebê descanse, mesmo que aparentemente esteja em situação de repouso. Portanto, o *self* fica escondido das ameaças de aniquilamento, de modo que os modos de sofrimento geralmente apresentam-se quando o falso-*self* falha em edificar-se na tarefa de integrar-se como unidade e relacionar-se com a realidade externa. Com isso, retomamos o que afirmamos em capítulo anterior em relação ao potencial curativo e esperançoso do estado de sofrimento, em detrimento à noção de doença como estado a ser curado pela remissão de sintomas, já que afirmamos a classificação dos distúrbios por critérios em relação ao desenvolvimento emocional.

Em relação a essa questão, Safra (2006a) diferencia o sofrimento que é meio de significar a questão existencial do sujeito frente à alteridade, da agonia que paralisa os recursos do sujeito, não o permitindo formular o destinar-se humano em relação a seus conflitos. Assim, neste estudo, compreendemos que um dos fatores que determinam a gravidade do modo de sofrer é o sujeito não conseguir formular um destino esperançoso frente a seu sofrimento, o que pode levar a agonias que paralisem o potencial criador do sofrimento, como é o caso das tentativas de suicídio e das agonias impensáveis, como as vivências de pânico. Nesse sentido, o que determina a intensidade do sofrimento não é o momento em que ocorreu a falha ambiental – já que esta define o tipo de sofrimento – mas os recursos esperançosos que o sujeito consegue elaborar em sua relação *no* e *com* o mundo. Safra (2004) comenta que a esperança surge como movimento de buscar *esperar* encontrar algo no ambiente: “A esperança sustenta e norteia a busca do Outro na comunicação, no sonho, no desejo. Esperança é presença da memória do que impossibilitou, do que se deteve, do que se fragmentou, do que não aconteceu.” (p. 121).

Em relação à teoria das psicoses em Winnicott, embora considere a importância dos fatores hereditários na esquizofrenia, comenta que “(...) vemos com suspeita qualquer teoria da esquizofrenia que divorcie o sujeito dos problemas do viver usual e das proposições universais do desenvolvimento individual em determinado meio-ambiente” (WINNICOTT, 1975, p. 97). Situa a origem da psicose na impossibilidade da

integração entre indivíduo e ambiente de modo não intrusivo, fazendo com que o indivíduo não se sinta útil e real por funcionar dentro de uma organização do tipo falso-*self* (WINNICOTT, 1952/1993). Apesar disso, o funcionamento do tipo falso-*self* não se restringe à psicose, mas a todos os modos de adoecimento que permeiem o terceiro grupo de pacientes discutido anteriormente, aqueles nos quais a falha ocorreu na fase anterior à constituição edípica e à posição depressiva.

O falso-*self*, no caso da psicose, é uma defesa do bebê, pois, ao não ter a constância do ambiente suficientemente bom nem seus movimentos espontâneos acolhidos, não consegue constituir um ego corporal (meta da personalização). Desse modo, também não consegue realacionar-se por meio de relações objetais, por estas não se vincularem ao seu verdadeiro *self*. Qualquer movimento em direção a seu verdadeiro *self* aparece como assustador e invasivo, já que o indivíduo não pôde ser acolhido em momentos anteriores em seu gesto espontâneo, prescindindo que seu processo analítico permeie essa “falha original”. Portanto, em relação a esses casos, o analista necessita suportar o estado regressivo do analisando e permitir que este utilize as falhas do analista como meio de sentir-se real pela sua agressividade (WINNICOTT, 1955/1993).

Winnicott situa que os fenômenos que surgem no estudo da esquizofrenia adulta e nos estados esquizoides são os mesmos que aparecem nos estágios primitivos do amadurecimento emocional, fazendo referência à constituição do *self* e ao contato com a realidade externa (DIAS, 1999). Retomando a discussão sobre os três grandes grupos de modos de sofrer, o cuidado na clínica winnicottiana das psicoses faz referência à relação mãe-bebê no estado de dependência máxima, na fase em que sofre estado de privação emocional, porém ainda não consegue perceber a privação vivida (WINNICOTT, 1959-1964/1983). Portanto, diferencia-se da tendência antissocial, já que nesta o bebê já consegue perceber sua privação, reivindicando o que perdeu no ambiente pelo ato antissocial. Assim, a classificação psiquiátrica para Winnicott deve ser realizada com base no momento em que ocorreu a falha ambiental, constatando-se o grau de dependência do indivíduo na ocasião e o modo de organização defensiva presente no momento (WINNICOTT, 1960/1983).

A formulação de Winnicott sobre a organização do tipo falso-*self* é uma de suas principais contribuições ao estudo do sofrimento psíquico grave. Apesar disso, é fundamental perceber que em sua teoria o indivíduo considerado “normal” por estar

adaptado na sociedade também pode apresentar grau de falso-*self*. O que determina se este é patológico ou não é se ele apenas consiste em modo de adaptar-se à sociedade, para além do narcisismo primário, ou se ele consiste em processo de submissão do indivíduo ou bebê ao ambiente, de modo que toda sua ação criativa fica por detrás do falso-*self* (WINNICOTT, 1960/1983). Essa organização defensiva surge no estágio das primeiras relações objetais, no qual as primeiras experiências de *self*, ainda não integradas, são vividas predominantemente nas experiências de onipotência. Com isso, a mãe, não conseguindo entrar em estado de devoção pela preocupação materna primária, força o bebê a adaptar-se ao ambiente, antes mesmo de ele conseguir estabelecer a separação entre realidades interna e externa. Portanto, refere-se fundamentalmente aos modos como a mãe reage à experiência de onipotência do bebê. Winnicott define o *self* do seguinte modo: “O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e se sentir real.” (WINNICOTT, 1960/1983, p. 135).

Winnicott assegura que a classificação do grau de falso-*self* é mais importante que a nosologia psiquiátrica tradicional, porque muitos analisandos podem passar anos em tratamento psicanalítico funcionando como falso-*self*, sem que o analista perceba ao realizar uma análise baseada na neurose de transferência. Assim, ele afirma que a análise, nesses casos, inicia-se pelo reconhecimento de que até o momento o indivíduo não existe. Esse aparece em sessão pela sensação de irrealidade e futilidade, já que somente o *self* verdadeiro pode ser analisado (WINNICOTT, 1959-1964/1983). Conforme comenta o autor, quando o indivíduo é submisso ao *self*, pode ser espontâneo e criativo, adquirindo a capacidade do uso dos símbolos, e participar da vida cultural. Com esse comentário, percebemos que um dos indicadores de saúde é a capacidade de o sujeito viver na área intermediária entre sonho e realidade, permeada pela experiência de ilusão.

Retomamos a perspectiva de que o sujeito em sofrimento psíquico grave, mesmo em sua apresentação sintomatológica, busca a saúde e o viver criativo (WINNICOTT, 1971/1992). Desse modo, a esperança, tanto do usuário quanto do profissional, é dispositivo de cuidado e de recuperação de seu projeto de vida. Como afirma Safra (2006a), o sofrimento surge como movimento esperançoso de buscar a saúde, já que muitos dos modos de atuação da angústia, como a tentativa de suicídio, significam parar de acreditar no potencial criador do sofrimento. A discussão sobre o papel da cultura

como campo de transicionalidade, e, portanto, forma de cuidado no campo da saúde mental, será desenvolvida mais adiante neste estudo.



## Capítulo III

### Cultura Popular e Saúde Mental

*Cante lá, que eu canto cá*

*Poeta, cantô de rua,  
Que na cidade nasceu,  
Cante a cidade que é sua,  
Que eu canto o sertão que é meu.*

*Se aí você teve estudo,  
Aqui, Deus me ensinou tudo,  
Sem de livro precisá.  
Por favô, não mêxa aqui,  
Que eu também não mexo aí,  
Cante lá, que eu canto cá.*

*Você teve inducação,  
Aprende munta ciência,  
Mas das coisa do sertão  
Não tem boa esperiência.  
Nunca fez uma paioça,  
Nunca trabaçou na roça,  
Não pode conhecê bem,  
Pois nesta penosa vida,  
Só quem provou da comida  
Sabe o gosto que ela tem.*

(...)

*(Trecho de poesia de Patativa do Assaré)*

Reconhecendo a multiplicidade de saberes e concepções em torno da noção de Cultura<sup>3</sup>, buscaremos, neste capítulo, pontuar a concepção trazida por Paulo Freire e outros autores da educação popular, assim como trazer alguns dos enunciados da Antropologia Cultural, visando delimitar as especificidades da expressão da cultura popular em sujeitos em sofrimento psíquico grave. Em capítulo posterior, será trazida a revisão de literatura em relação à concepção da Psicanálise winnicottiana conceituando a Cultura dentro da esfera dos fenômenos transicionais e situada no espaço potencial.

Partindo de autores marxistas e com influência de estudos existencialistas,

---

<sup>3</sup> Utilizaremos o termo “Cultura”, com a primeira letra maiúscula, quando nos reportarmos ao conceito colocado por algum autor. Já quando estivermos discutindo dimensões da cultura popular e das experiências do ser humano no mundo, utilizaremos a grafia de “cultura” no minúsculo. Assim, optamos por acessar essa dimensão por meio da experiência vivida pelos sujeitos.

trazemos a cultura como processo e produto do trabalho do ser humano sobre a natureza, não apenas em sua dimensão material, mas também no compartilhamento de universos simbólicos, inclusive em registros não reflexivos e sensíveis (BRANDÃO, 2009). Para Brandão (2009), a cultura é mapa simbólico que visa guiar os participantes em seu mundo social, de modo que somos seres culturais e construímos o mundo no qual vivemos, ao mesmo tempo em que nos estranhamos com esta produção humana. Em relação à dimensão sensível do acontecer humano, o autor afirma que ela também compreende a tessitura de “sensações, saberes, sentidos, significados, sensibilidades e sociabilidades (...)” (BRANDÃO, 2009, p.717). Portanto, configura-se como trabalho que os seres humanos realizam entre eles, para e sobre os mesmos, compreendendo tanto sua dimensão subjetiva quanto objetiva, na produção de sentidos e nas possibilidades de transformação dessa mesma cultura.

Brandão traz junto a essas afirmações oriundas do Marxismo a necessidade de compreender a cultura “por dentro”, o que é especialmente estudado pela prática etnográfica. Esse autor retira aspectos importantes da concepção de Cultura a partir da Antropologia Cultural, ao colocá-la como a produção que difere os seres humanos dos demais e uma dependência a um tipo de saber específico, o significado simbólico:

*Somando tudo isso, nós somos animais incompletos e inacabados que nos completamos e acabamos através da cultura – não através da cultura em geral, mas através de formas altamente particulares de cultura: dobuana e javanesa, hopi ou italiana, de classe alta e classe baixa, acadêmica ou comercial. A grande capacidade de aprendizagem do homem, sua plasticidade, tem sido observada muitas vezes, mas o que é ainda mais crítico é sua extrema dependência de uma espécie de aprendizado: atingir conceitos, a apreensão e aplicação de sistemas específicos de significado simbólico. (GEERTZ apud BRANDÃO, 2009, p.718-719).*

Nesse sentido, a cultura é sistema simbólico e, portanto, só pode ser compreendida a partir de uma imersão nesta que seja passível de distanciamento e confrontação com dados teóricos *a posteriori*. Apesar de não utilizarmos a prática etnográfica neste estudo nem termos a pretensão de realizar um estudo antropológico, acreditamos que as produções de cultura popular, muitas vezes, não são estudadas a partir de seus autores e daqueles que experienciam no cotidiano essas práticas, assim

como foi trazido em relação aos estudos referentes ao sofrimento psíquico grave. Conforme será discutido posteriormente, nem sempre os grupos populares reivindicam explicitamente sua autoria nesse processo, porém de diferentes modos, eles vêm começando a se reconhecer como criadores de cultura popular (BRANDÃO, 2009). Em trecho da poesia “Cante lá que eu canto cá”, de Patativa do Assaré (1978) – Antonio Gonçalves da Silva – essa questão é expressa de modo interessante, situando a relação entre os saberes eruditos e populares:

*Sua rima, inda que seja  
Bordada de prata e de ôro,  
Para a gente sertaneja  
É perdido este tesôro.  
Com o seu verso bem feito,  
Não canta o sertão dereito,  
Porque você não conhece  
Nossa vida aperreada.  
E a dô só é bem cantada,  
Cantada por quem padece.*

*(ASSARÉ, s/p, 1978)*

Afirmar a Cultura como sistema simbólico prescinde de utilizar metodologias de pesquisa que afirmem a postura de partir da experiência cultural e singular dos sujeitos produtores de cultura popular em sofrimento psíquico grave, não podendo, portanto, ser realizadas a partir de um paradigma neutro ou abstinente. É partindo dessas reflexões que a discussão trazida pelo educador popular, Paulo Freire, pode nos auxiliar na busca de referencial teórico sensível à criação e à autoria na cultura popular.

### **3.1 A noção de Cultura como conceito antropológico para Paulo Freire**

Neste estudo empregamos a definição de Cultura pela Educação Popular que tem grande influência sobre a construção teórica que propõe a construção *com* as classes populares como “trabalho social” (FREIRE, 1976/2011), em detrimento ao assistencialismo na elaboração de projetos e/ou pesquisas *para* esses grupos. Assim, abre-se o campo do diálogo enquanto possibilidade de relativização do saber científico e necessidade de *estar com* o povo, na construção de políticas públicas, investigação

científica, práticas educativas e clínicas. É interessante perceber que, nas experiências de alfabetização por meio da educação popular no Chile, Freire (1967/2011) comenta a função catártica no funcionamento dos Círculos de Cultura e a decodificação das situações existenciais pelos educandos, já que a decodificação dessas situações implicava em refletir sobre a própria existência e sobre a condição humana (LIMA, 1981). Portanto, para além da aquisição de técnicas de leitura e escrita, tinha como objetivo o desenvolvimento da criticidade e mobilizava vivências de sofrimento, esperança e construção coletiva, dentre outras.

A partir dessas constatações, acreditamos ser possível utilizar construções formuladas pela educação popular em dispositivos clínicos da Reforma Psiquiátrica, não buscando apenas aplicar ações educativas, ou psicoeducativas na clínica, nem inserir discussões clínicas em espaços educativos. Portanto, afirmamos as possibilidades clínicas de uma ferramenta que foi utilizada, principalmente em trabalhos educativos, mas que, atualmente, já é utilizada frente a diferentes saberes, especialmente a educação popular em saúde (CUNHA et al., 2010; VASCONCELOS, 1989, 2001a, 2001b).

Na obra *A Pedagogia do Oprimido*, Freire (1974/2005) compreende o oprimido, não enquanto categoria estática ou apenas pela sua oposição em relação aos opressores, mas permeado por relações construídas no cotidiano entre os diferentes grupos sociais a partir da unidade dialética entre sua dimensão subjetiva e objetiva. Esse autor traz enorme mudança no conceito de *Popular*, compreendendo-o não apenas direcionado àqueles que fazem parte das classes populares, mas a todos comprometidos com o processo de libertação daqueles que vivem em situação de opressão, como desafio ontológico de autonomização. Freire destaca sua concepção de ser humano focada na processualidade, reconhecendo o sujeito em sua incompletude como possibilidade de diálogo e abertura à alteridade.

Em sua obra *Educação como prática de liberdade* (FREIRE, 1967/2011), contextualiza seu pensamento à situação política do Brasil, como país em transição, necessitando de uma prática educativa que permita o desenvolvimento da criticidade a partir da conscientização. Para ele, o conceito de relações do homem *no* e *com* o mundo envolve conotações de pluralidade na singularidade, consequência, temporalidade e criticidade. O ser humano é capaz de transcendência, sendo esta não reduzida apenas à dimensão espiritual e religiosa, mas à consciência daquele sobre sua finitude, de ser

inacabado. Portanto, para ele, o *viver* refere-se a estar *no* mundo, capacidade não apenas humana, ao passo que *existir* é apenas humano, já que permite a construção do sujeito *com* o mundo no tempo e espaço, ligação comunicativa do ser com o mundo objetivo. Nesse sentido, a existência humana é permeada pelo desafio de estar *com* o mundo, processo dialético de pertencer a ele e olhá-lo de modo crítico e transformador, ao mesmo tempo.

Para Paulo Freire, este é um dos desafios do homem frente ao mundo: integrar-se em sua história e cultura pela capacidade criadora, o que lhe permite o enraizamento e a participação na sociedade, não apenas como adaptação social. Nesse sentido, acredita que o desafio de humanização é a passagem do homem, de mero espectador passivo, para sujeito de sua história a partir de sua reflexão-ação sobre o mundo. A ação humana é vista como trabalho, permeada pela sua característica de mediação com o mundo, estando o ser humano em permanente movimento de busca (indagação), podendo emergir da situação angustiante na qual está para intervir criticamente sobre o mundo (LIMA, 1981). Acreditamos que a tarefa de estar *no* e *com* o mundo também faz parte do processo de tratamento dos serviços de saúde mental, uma vez que a clínica psicossocial busca reconstruir a relação do sujeito *no* e *com* o mundo, conforme colocado anteriormente, estando a angústia e o sofrimento permeados pela dificuldade de o sujeito vivenciar e significar essa relação.

Nesse contexto, Freire (1967/2011) relata a criação dos Centros de Cultura e dos Círculos de Cultura como mecanismos de transformação social de modo amoroso, pelo diálogo. Aqueles são espaços nos quais pode haver tanto círculos de cultura quanto outras iniciativas. Já estes consistem na substituição da escola construída a partir do diálogo por programações compactas, em oposição às compreensões educativas focadas na transmissão do conteúdo. Utiliza o conceito antropológico de Cultura que diferencia o homem da natureza, definindo-a como:

*O papel ativo do homem em sua e com sua realidade. O sentido de mediação que tem a natureza para as relações e comunicação dos homens. A Cultura como o acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez. A Cultura como resultado de seu trabalho. Do seu esforço criador e recriador. O sentido transcendental de suas relações. A dimensão humanista da Cultura. A Cultura como aquisição sistemática da experiência humana. (FREIRE, 1967/2011, p.142-143)*

Na obra de Paulo Freire são destacados dois conceitos fundamentais para delimitar a Cultura como conceito antropológico: a noção de *Cultura de Silêncio* e de *Ação Cultural para a Liberdade* (LIMA, 1983). A noção de Cultura de Silêncio remete ao processo histórico de colonização no Brasil, e, portanto à ausência de participação comunitária em nosso País. Nesse sentido, compreende o mutismo, não como ausência de resposta, mas como resposta sem criticidade, na qual o sujeito se vê fazendo parte do mundo natural e submetido à determinação dos eventos do mundo. É importante salientar que estas afirmações apresentam-se nas relações humanas de modo descontínuo e na constante relação entre determinação e liberdade (LIMA, 1981).

Portanto, Freire (1967/2011) percebe a linguagem popular construída também na introjeção de aspectos culturais do colonizador, consistindo em invasão cultural, porém sempre mantendo gestos e modos de uso do corpo que lhes pertencem e que resistem à ideologia dominante. A invasão cultural é vista como imposição de visão de mundo de um grupo a outro. Freire (1977/2006) comentava em relação à postura de desconfiança dos camponeses em si mesmos, durante as experiências de alfabetização, fazendo com que estes não se colocassem no diálogo e muitas vezes tivessem postura fatalista em relação ao mundo. Assim, a cultura popular é submetida à imposição de silenciamento às classes populares – nem sempre consciente ou intencional – como meio de manutenção das relações de dominação:

*É exatamente por isso que, numa sociedade de classes, seja fundamental à classe dominante estimular o que vimos chamando de cultura do silêncio, em que as classes dominadas se acham semi-mudas ou mudas, proibidas de expressar-se autenticamente, proibidas de ser. (FREIRE, 1976/2011; p. 79).*

Já em relação à noção de ação cultural, Freire (1976/2011) compreende uma *práxis* (reflexão-ação) orientada pela ação cultural para a liberdade na construção de um sujeito político e amoroso, regido pelo respeito ao outro e com vocação humana de *ser mais*. Estudando a ação cultural inscrita na unidade dialética subjetivo-objetivo, afirma que *ad-mirar* o mundo é objetivar um não-eu, enquanto inscrição da atividade de um sujeito na cultura como *práxis*. Portanto, traz a discussão do homem como ser *com* o mundo e não apenas *no* mundo, já que sua *práxis* implica a ação-reflexão do sujeito sobre o mundo, construindo-o por sua ação criativa dentro do que lhe é possível objetivamente, o que chama de “inédito viável” (FREIRE, 1976/2011).

Portanto, afirma a necessidade de que o educador e pesquisador não tenha posição neutra, mas busque métodos de ação política estimulando a reflexão crítica, criatividade e afetividade dos sujeitos, rompendo com posição fatalista que não vê a possibilidade de mudança. Com a *denúncia* da situação de opressão – construída na crítica e reflexão – e o *anúncio* do “inédito viável”, implicando projeto de ação, buscase construir uma perspectiva utópica esperançosa recusando o futuro pré-fabricado. Com isso, o educador popular para Freire é “trabalhador social”, enquanto opção política no processo de mudança social (FREIRE, 1976/2011), de modo que, mesmo sem intencionalidade, sua ação sempre é voltada para a dominação ou libertação (LIMA, 1981).

Em obra posterior, ressignifica o desafio da educação popular como Pedagogia da Esperança (FREIRE, 1992), trazendo que, com a redemocratização do Brasil, buscar-se-ia uma opção de libertação pela esperança no fazer *com* as classes populares, tendo a amorosidade e a utopia como eixos centrais. Essa postura coloca a necessidade de recusar posições fatalistas e deterministas, ao trazer a possibilidade de o sujeito transformar o mundo a partir de sua *práxis* e sua inscrição histórica. Paulo Freire (1967/2011) delimita três níveis de consciência. A primeira, a consciência mágica, é aquela na qual o homem é dominado pelos fatos como verdades indiscutíveis, externas ao sujeito, predominando a vivência de fatalismo e apatia frente ao mundo. Já a consciência ingênua consiste na crença de que o homem pode dominar os fatos de fora, de modo que suas colocações também não podem ser colocadas a serem questionadas. Por último, a consciência crítica aparece na abertura ao diálogo, pela compreensão de incompletude e de respeito ao outro. Nesse sentido, os Centros de Cultura buscam estabelecer a construção da consciência crítica pelo diálogo ao buscar que seja construída uma perspectiva utópica frente aos desafios do ser *no* e *com* o mundo, a partir das vivências *com* as classes populares.

No campo da saúde mental, compreendemos que esse posicionamento pode ser colocado como uma atitude de trabalhar com o projeto de vida do sujeito, utilizando suas potencialidades e seus movimentos esperançosos em direção à saúde, mediados por instrumentos simbólicos da cultura popular. Em muitos casos onde predominam a falta de esperança e de projeto de vida, o primeiro esforço é reconstruir essa possibilidade de projetar o futuro por meio de seu presente e passado, construído dialeticamente.

Ao mesmo tempo, podemos utilizar sua concepção sobre as possibilidades de serem criados dispositivos clínicos com a metodologia dos Centros de Cultura nos CAPS, de modo que seja eliminada a visão conteudista de saúde, na qual geralmente os serviços de saúde mental têm uma série de atividades para “ocupar” o dia do usuário. Desse modo, podemos trazer o debate de Freire (1974/2005) em relação às críticas à concepção bancária de educação, a qual reduzia o processo educacional ao ato de “depositar” conhecimentos nos alunos que eram vistos como passivos. O autor discutia a necessidade de compreender o educador também como educando, e vice-versa, de modo que fosse reconhecido seu papel ativo na construção do conhecimento.

Nos serviços de saúde também há a necessidade de que as ofertas de tratamento e reabilitação psicossocial não se reduzam a oferecer algo aos usuários, mas reconheçam seu papel ativo na construção de sua saúde e participação social. Com isso, não sobra tempo para que sejam estabelecidos espaços de construção criativa em relação a seu projeto terapêutico, pela convivência no cotidiano por meio do diálogo entre profissionais, usuários e familiares. Pelo contrário, pensamos que os CAPS podem se tornar espaços para o fazer criativo e o estímulo à criticidade pela construção do sujeito *na e com* a cultura, para além da mera adaptação social ou o papel normatizador desta.

### **3.2 Os produtores de cultura popular e seu necessário reconhecimento de autoria**

O conceito de Popular remete à posição política de reconhecimento do fazer cotidiano do povo, no exercício da cidadania crítica orientada pela solidariedade e justiça (MELO NETO, 2003). Ao traçar um panorama histórico, Calado (1999) discute esse conceito, desde a Idade Média, tendo como questão central uma posição subversiva em relação ao controle social e à hegemonia, afirmando sua posição de resistência e afirmação. Com isso, o lançamento do Manifesto do Partido Comunista por Marx (1847/1999) delimita o Popular enquanto consciência de classe, utilizando-se da chamada à união do proletariado no contexto da Revolução Industrial. Nesse sentido, existe demarcação política clara de reconhecimento do fazer do povo e da noção de consciência de classe, estabelecendo diretrizes para a construção de um projeto popular de sociedade.

Ao revisar os estudos clássicos sobre a cultura popular, percebemos que eles afirmam o conceito de cultura popular como categoria erudita, pois quem a produz não



a denomina desse modo, sendo esse nome sempre dado “de fora” (BRANDÃO, 2009; CHARTIER, 1995). Brandão (2009), educador popular e pesquisador da cultura popular no Brasil, faz uma revisão sobre o modo como a criação e a autoria sobre a cultura popular vêm sofrendo mudanças nesses últimos anos, no Brasil, especialmente com o recente investimento pelo Estado Brasileiro ao fomento da Cultura Popular e à noção de patrimônio imaterial.

É interessante notarmos que o reconhecimento pelos estudos acadêmicos de que o povo tem formas próprias de criação é relativamente tardio, já que os primeiros enunciados nesse sentido são oriundos do século XVIII (BRANDÃO, 2009). É apenas no século XIX que são iniciados grupos de estudo e elaboração de teoria sobre as produções populares, sendo que estes são iniciados principalmente pela ótica etnocêntrica, afirmando a dependência das produções populares em relação ao sistema dominante e suas características consideradas “primitivas” e “simples” em relação às culturas eruditas.

Brandão (2009) mostra o modo como, inicialmente, os denominados folcloristas buscavam categorizar e descrever os modos de produção populares, na tentativa de manter formas tradicionais de produção, porém sem apontar seu aspecto de criticidade e sobre o modo como os grupos populares produziam a cultura popular como meio de resistência. Nesse sentido, o Movimento de Educação de Base – MEB e o Movimento de Cultura Popular – MCP, em 1960, surgiram como tentativas de compreender a cultura popular como atividade criadora e forma de ser *no* e *com* o mundo, pontuando seu papel na transformação social do Estado brasileiro. Esses movimentos buscavam pontuar que o produtor de cultura popular era criador subalterno, envolto em um meio de cooptação e bloqueio em suas manifestações, porém ao mesmo tempo, sendo apropriado pelas culturas eruditas.

Brandão coloca que é necessário contextualizarmos algumas das questões colocadas nos documentos do MCP, ao momento atual, permitindo utilizar algumas das experiências destes períodos frente à exigência de autoria pelos produtores de cultura popular. Se, no MCP, predominava a figura do intelectual orgânico como quem deveria conduzir as classes populares a manifestarem-se com mais criticidade, atualmente, vemos outros desafios. Nos últimos anos, os grupos populares passaram pelo processo de autorreconhecimento e organização institucional, deixando de serem os antigos

“folcloristas anônimos” que eram apresentados como “exóticos” e esvaziados de sua criticidade, o que, atualmente, ainda existe em certos esforços de espetacularização e empresariamento das culturas populares (BRANDÃO, 2009; CARVALHO, 2007).

Portanto, com o crescimento das pesquisas e estudos que considerem as práticas de cultura popular a partir dos próprios autores desta, mesmo que mediada por algum pesquisador externo, existe alargamento dos cenários e espaços mútuos entre culturas populares e eruditas, não havendo fronteiras tão claras entre esses tipos de produção. Paradoxalmente, com a participação dos grupos populares em iniciativas governamentais, vemos a diminuição nos protestos e modos organizados de reivindicar os direitos às produções populares (BRANDÃO, 1985, 2009; VASCONCELOS, 2008). Assim, Brandão (2009) considera ser necessário reconhecer a autoria dos produtores de cultura popular, a partir de seus mecanismos próprios de reconhecimento, sejam estes coletivos ou individuais. Retomamos, com isso, o modo pelo qual a cultura popular pode surgir como meio de empoderamento, reconhecimento e marca identitária:

*Qualquer que seja a forma como um grupo ritual, uma comunidade rural ou um movimento social concebe suas criações culturais e as assume como uma modalidade de reconhecimento, de expressão de si mesmos e de empoderamento, a marca identitária de um múltiplo processo de retomada e recriação de tradições e inovações culturais autóctones é muito forte e sempre essencial. (BRANDÃO, 2009, p.743).*

Concordamos com Brandão, ao pontuar a necessidade de os estudos sobre a cultura popular serem feitos “de dentro” das produções populares, buscando diálogo de ida e volta entre os espaços acadêmicos e populares. Também, consideramos que suas reflexões em torno das transformações em relação ao autorreconhecimento e à autoria dos produtores de cultura popular é fundamental para compreendermos os modos como estes podem trazer suas narrativas em relação ao sofrimento psíquico grave.

Buscando estabelecer parâmetros para conceituar a cultura popular, percebemos a polifonia e pluralidade do termo, exigindo a problematização sobre os múltiplos modos de expressão da(s) diversidade(s) deste. Viveiros de Castro (2005) contextualiza os termos “folclore” e “cultura popular”, ao mostrar que estes abrigam amplo leque conceitual e ideológico, tendo sido, historicamente, utilizados pelo aparato estatal na

tentativa de demarcar algum tipo de autenticidade da expressão do Brasil. Com isso, foram realizados recortes de expressões culturais consideradas “exóticas” ilustrando a noção de identidade nacional, em detrimento a outras experiências culturais que constituem a pluralidade de modos de expressão cultural dentro do mesmo país. Assim, a discussão sobre a denominação da cultura popular como unidade ou pluralidade é problematizada por Viveiros de Castro (2005):

*No singular, ‘cultura popular’ sugere uma enganadora homogeneidade; no plural, porém, a visão atomística de culturas ou subculturas autônomas incorre no risco oposto de desconsideração dos planos de integração, mais ou menos antagônicos – mas sempre complementares – que um sistema cultural supõe. (p. 29).*

Assim, a autora mostra que a noção de folclore – sempre escrita no singular – refere-se à apreensão de totalidades culturais, trazendo o risco de afirmar a cultura como unidade, ao colocar uma vocação antropológica universalista. Apesar disso, para Viveiros de Castro, a cultura popular refere-se a um tipo específico de compromisso – com suas tensões e imprecisões – que necessita de meios de apoio que reconheçam a diversidade dos autores da cultura popular, na articulação entre aspectos locais e globais, porém sem estabelecer modos mais ou menos genuínos de expressão cultural em uma nação. Um exemplo importante que a autora traz é a não oposição entre cultura oral e escrita na cultura popular, mesmo que predominantemente esta seja transmitida por meios orais e narrativos, conforme será discutido posteriormente. Utilizaremos o termo “cultura popular” no singular, por reconhecer que a tensão trazida por sua pluralidade e polifonia não é solucionada apenas pela grafia do termo no plural, mas pela tentativa de problematizar as dimensões que possam surgir desta.

Ao discutir a relação do Estado brasileiro com as culturas populares, Carvalho (2005) preconiza que esta é fundada na injustiça, falta de incentivo e negociação desigual. Historicamente, no Brasil e na América Latina, existiu um movimento de contenção aos modos de expressões populares, desde sua origem, pelos meios violentos de dominação e colonização impostos aos grupos indígenas da América Latina. Com isso, o autor demonstra a tensão constante entre os grupos sociais e as religiões – especialmente em relação às manifestações negras – criticando as teorias antropológicas fundadas nas noções de mestiçagem, cordialidade e hibridismo. Não defendemos que

seja priorizada a cultura popular em relação a outras formas culturais, nem que não haja o diálogo entre elas, porém que sejam reconhecidos os tensionamentos existentes entre as diversas formas de expressão cultural. Além disso, o estudo de Carvalho relata a base racista do não reconhecimento das culturas populares, já que existe processo de canibalização e expropriação pelas culturas eruditas e elites brancas em relação às expressões culturais negras.

Concordamos com as ideias do autor de que são necessárias ações afirmativas que equiparem os modos de financiamento e estrutura dados pelo Estado às iniciativas culturais populares, em relação às eruditas, que, atualmente, têm maior apoio de órgãos governamentais. Apesar de este estudo não ter seu foco nas políticas públicas, as afirmações de Carvalho (2005, 2007) em relação à cultura popular podem ser contextualizadas também na clínica da atenção psicossocial, visto que nesta ainda existem poucos dispositivos clínicos que considerem os modos de expressão da cultura popular, especialmente por uma ótica sensível à sua autoria e ao processo histórico de silenciamento e falta de incentivo.

No esforço de conceituar a cultura popular em sua polifonia pelo campo da Antropologia, Carvalho (2007) destaca que aquela consiste no conjunto de formas culturais criadas, desenvolvidas e preservadas pelas comunidades com relativa independência do Estado e tendo como princípios a autogestão e sustentabilidade comunitárias, assim como, utilizando a oralidade como seu meio predominante de transmissão e continuidade. Nesse sentido, pontua que a cultura popular se reproduz “utilizando seus modestos recursos materiais e simbólicos e tomando em conta seus ritmos próprios de continuidade, mudanças e transformações” (CARVALHO, 2007, p.81). Podemos perceber, nessa concepção, o foco em processos que têm ritmo próprio – mesmo que eles tenham a colaboração, invasão cultural e/ou construção coletiva com outros grupos – e que são transmitidas por meio de narrativas orais.

Além disso, Carvalho (2007) apresenta o modo como as produções da cultura popular são muitas vezes espetacularizadas para consumo de outros grupos, consistindo em movimento de confinamento, captura e dominação, o que retira seu sentido para os grupos populares, transformando-as em mercadoria a ser consumida pela plateia. Não consiste em negação da possibilidade de trocas entre aspectos da cultura popular e outros modos de expressões culturais, mas de afirmar os jogos de poder e dominação

inscritos na relação entre elas.

No presente projeto de pesquisa, utilizamos essa noção de cultura popular na tentativa de propiciar um espaço de expressão das narrativas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave, a partir de seus ritmos próprios e mecanismos orais de transmissão, valorizando o papel da narrativa, enquanto possibilidade de ressignificação do sofrimento vivido pelas classes populares. O foco na experiência dos sujeitos em sofrimento é fundamentado por estudos culturais que apontam a diferenciação entre o conhecimento adquirido pela experiência e aquele advindo de recursos explicativos:

*Problematizar a ideia de experiência significa assumir que a maneira como os indivíduos compreendem e se engajam ativamente nas situações em que se encontram ao longo de suas vidas não pode ser deduzida de um sistema coerente e ordenado de ideias, símbolos e representações. (RABELO, ALVES & SOUZA, 1999, p.11).*

Portanto, concordamos com esses autores quando eles ressaltam a necessidade de o estudo dos processos de saúde/doença ser realizado pela análise de narrativas, já que esta visa alcançar uma experiência pré-reflexiva e/ou pré-objetiva, fundamentada no modo como o sujeito se insere *na* e *com* a cultura, ao narrar sua experiência para alguém. Rabelo, Alves e Souza (1999), defendem que o recurso explicativo e reflexivo só surge quando encontramos dificuldades em sustentar esse tipo de experiência prática, corporal, intersubjetiva e pré-reflexiva.

Nesse sentido, o foco na experiência de sofrimento dos sujeitos, em sua temporalidade própria e modos singulares de narrar sua inscrição na cultura popular, permite que os estudos sobre dispositivos clínicos na Reforma Psiquiátrica possam ser protagonizados pelos usuários em seu fazer *com* os demais atores da clínica psicossocial (trabalhadores, gestores e familiares).

### **3.3 Possibilidades do trabalho *com* a cultura popular na atenção psicossocial**

Chauí (1993), ao analisar a Cultura Popular no Brasil, pode trazer reflexões sobre muitos dos processos clínicos na atenção ao sofrimento psíquico grave, apesar de não dirigir seu estudo a esse foco. Um ponto fundamental defendido por ela é a diferenciação entre Cultura Popular e Cultura de Massa, já que a última reduz o povo a

um todo indiferenciado, impossibilitando a compreensão das dimensões sociais e políticas da opressão em uma sociedade capitalista. A autora contextualiza que a cultura popular não se insere como prática alternativa à cultura dominante, mas enquanto resistência a esta, por meio da invenção e criatividade. O que a singulariza é o fato de ela compor um jogo de conformismo e, ao mesmo tempo, de resistência, utilizando a cultura hegemônica de modo inesperado, permitindo sua subversão e desconstrução. Chauí (1993) expõe que a cultura popular não pode ser compreendida enquanto totalidade, sendo permeada pela contradição e definida como:

*Um conjunto disperso de práticas, representações e formas de consciência que possuem lógica própria (o jogo interno do conformismo, do inconformismo e da resistência) distinguindo-se da cultura dominante exatamente por essa lógica de práticas, representações e formas de consciência. (p. 25).*

Neste estudo será ampliado esse conceito problematizando a dimensão inconsciente desses processos, como será trabalhado *a posteriori*. É importante salientar que, para Chauí (1993), o conformismo é uma avaliação rigorosa dos limites subjetivos e objetivos encontrados em sua realidade, não sendo apenas uma concepção fatalista. Por outro lado, acreditamos que a resistência criativa surge como busca esperançosa do sujeito pela sua autonomização e acolhimento de seu modo de ser, fundamental para reconstrução histórica e reabilitação psicossocial do sujeito.

Percebemos que, no campo da saúde mental, esse constante jogo de conformismo e resistência apresenta-se de modo muitas vezes despercebido pelos profissionais e usuários, sendo atribuído a outras questões, como a sintomatologia e referências ao prognóstico atribuído somente à “doença”. Moffat (1982) – ao relatar sua experiência na comunidade terapêutica de Peña – demonstra que usuários considerados “cronificados” e “incuráveis”, ao serem convidados a movimentarem-se criativamente, mediados por instrumentos da cultura popular, demonstravam expressividade e vivências intensamente afetivas.

Moffat (1982) discute uma Psicoterapia Popular que, pela reinterpretação das técnicas europeias e pelo diálogo com as práticas populares de cuidado, busca criar dispositivos clínicos sensíveis às vivências das classes populares. Com isso, propõe

novas formas alternativas de tratamento da loucura a partir da cultura popular, de modo que “A Comunidade desmascarou a submissão como falso critério de saúde mental e propôs outros padrões de sanidade para o povo: a sanidade de assumir sua identidade cultural e pessoal” (MOFFATT, 1982, p.190).

Em sua prática, Moffat (1982) trabalhou partindo de recursos do que denomina de *Cultura Criolla* argentina. Nesse sentido, discute o modo pelo qual práticas culturais como o tango e grupos de escuta mediados pela preparação ritualizada e coletiva da erva mate propiciavam espaços nos quais os usuários coordenavam as atividades e podiam direcionar seu tratamento a partir de sua historicidade e de seu projeto de vida. Além disso, conta que nos espaços manicomiais vividos pelos usuários que acompanhava, ao negarem que eles tivessem objetos próprios que lhes dessem a noção de tempo e espaço, utilizavam os poucos objetos a que podiam ter acesso, como roupas uniformizadas, para confeccionar instrumentos que permitissem sua mediação com o mundo.

Um exemplo dessa questão é a produção artística de Arthur Bispo do Rosário que passou por crises do tipo psicóticas e esteve internado em hospital psiquiátrico por longo período de sua vida. Ele utilizava materiais os quais tinha acesso em sua internação (como a linha dos uniformes de internação) e restringia-se a seu quarto como espaço de produção, porém, conseguiu representar diversas vivências pessoais e históricas – como sua passagem pela Marinha e referências a pessoas e lugares que conheceu antes de ser internado. Ao viver situação intensa de crise e desagregação, Bispo do Rosário não se sentia interessado pelas terapias convencionais oferecidas pela Colônia em que morava, mas conseguiu lidar – mesmo que em alguns momentos precariamente – com suas questões existenciais por meio de produção artística intensa, a qual era acompanhada por alguns profissionais mais sensíveis à importância desta em seu tratamento (HIDALGO, 1996).

Hidalgo (1996) discute a biografia de Bispo do Rosário, à luz de suas produções artísticas e sua história de vida. Faz levantamento em relação ao modo como suas produções artísticas faziam referência à sua terra natal, ao mostrar que algumas de suas apresentações que eram vistas como delírios e “doença” faziam referência a sua formação religiosa e aos festejos tradicionais de sua cidade natal. Discute o jejum, que era prática comum, no passado de Bispo, como uma prática que partia de sua inserção na cultura popular, como é comentado sobre a cidade natal de Bispo: “Japarutuba era

uma usina de tradições e alegorias” (HIDALGO, 1996, p.37). Discute que a roupagem e os bordados, que são elementos centrais em sua produção artística, fazem referência às tradições populares da região, já que:

*As festas começavam com semanas de antecedência, nos dedos ligeiros das costureiras que cerziam as roupas dos folguedos. Cada traje impunha o devido respeito, encerrava tradições africanas, indígenas, nordestinas. Os bordados eram a mais perfeita tradução da cultura de Japarutuba. (HIDALGO, 1996, p. 38).*

Trazemos essas reflexões acerca da obra artística de Bispo do Rosário como representação da inserção do sujeito em sofrimento psíquico grave *na e com* a cultura popular. Nesse sentido, caso Bispo tivesse sido escutado (como foi em alguns espaços) apenas por meio de sua apresentação delirante como sintomatologia classificável objetivamente, teria sido perdida a compreensão desta à luz da riqueza de sua história de vida, a qual era inacessível apenas pelos espaços formais de tratamento. Bispo teve, em alguns momentos, a possibilidade de receber atenção que lhe permitisse o movimento de transitar, da apresentação delirante à Biografia, marcada por aspectos da cultura popular, devido à qualidade de suas obras artísticas. Apesar disso, acreditamos ser necessária a atenção a aspectos da cultura popular, por meio de dispositivos clínicos nos serviços de saúde mental, independentemente da apresentação das produções da cultura popular dar-se objetivada em produtos artísticos ou aparecer em sua narrativa de modo delirante, em experiências não reflexivas.

Vasconcelos (2008) problematiza como construir a atenção psicossocial baseada na cultura e lutas populares, retomando uma experiência na qual o movimento popular de uma pequena cidade de Minas Gerais reivindicou os modos de construir os serviços de saúde mental e pôde construir coletivamente as demandas clínicas e políticas que a comunidade trazia. Ao analisar dois projetos de saúde mental comunitária, o autor aponta que nos serviços públicos a busca por atendimento nem sempre apresenta elaboração da demanda – como muitas vezes acontece na busca de psicoterapia. No estudo de Vasconcelos, percebeu-se que os usuários nem sempre pediam ajuda espontaneamente, apontando a importância da disponibilidade do terapeuta para além dos espaços das consultas e grupos terapêuticos como dimensão de cuidado fundamental ao usuário. Nesse sentido, sinalizou-se a necessidade de contrato



terapêutico mais flexível, que fosse sensível ao tempo do usuário e que permitisse a compreensão da relação terapêutica para além dos espaços delimitados. Com isso, Vasconcelos (2008) adverte que, para a atenção ao sofrimento das classes populares, são necessários: análise multidimensional e compreensão inter e transdisciplinar.

Boltanski (1979) sinaliza que as classes populares buscam os serviços de saúde prioritariamente por sua incapacitação para o trabalho, realçando a necessidade de protagonizarem seu destino como reconstrução histórica de seu cotidiano, reinterpretando seus sinais, sintomas e tratamento a partir de saberes da vivência nas classes populares. Em seu estudo, percebeu que os pacientes buscavam os centros de saúde e hospitais de forma dócil e eximindo-se de posições críticas sobre sua saúde, demonstrando postura de conformismo com sua passividade frente ao médico que detinha os conhecimentos naquela situação.

Por outro lado, notou que, ao acompanhar o modo como os usuários seguiam ou não tais prescrições em suas casas, havia a reapropriação das prescrições dadas de modo criativo e inesperado por meio de significações da vivência dos sujeitos das classes populares. Assim, a medicação era administrada tal como compreendiam sua doença e associando seu uso à medicina popular. Em nosso estudo, utilizamos as contribuições de Boltanski em torno da dificuldade de o profissional compreender como o usuário se conforma com modos de invasão cultural ou resiste e reinterpreta seu tratamento a partir de sua subjetividade e práticas culturais.

Ropa e Duarte (1985) criticam a compreensão de Boltanski, ao afirmarem que essa não reconhece os saberes populares em relação à saúde como um campo distinto dos saberes eruditos. Argumentam que este autor reduz as manifestações culturais próprias das classes trabalhadoras à noção de cultura somática, na possibilidade de observar sensações corporais e torná-las verbalizáveis ao médico. Existe o risco de afirmar que para uma atenção à saúde das classes trabalhadoras, basta a utilização de técnicas não-verbais e ajustes nas estratégias de acessar esses sujeitos. Assim, não é reconhecido que a ineficácia das práticas terapêuticas na saúde mental também reporta à ausência de dispositivos clínicos que se proponham a uma contextualização sócio-cultural das práticas em saúde mental, de modo que essas não recorram a práticas etnocêntricas.

Concordamos com os autores que a ineficácia das práticas psicoterapêuticas e psiquiátricas não ocorre apenas devido a inadequações técnicas, nem consiste em privação da linguagem, ou privação dos recursos das classes trabalhadoras, ao lidarem com problemas referentes ao campo da saúde mental. Também é necessário contextualizar que o estudo de Boltanski refere-se às classes trabalhadoras da França, as quais têm outras especificidades culturais e são atendidas por um sistema de saúde com organização completamente diferente do Sistema Único de Saúde - SUS. Por outro lado, acreditamos que a pesquisa de Boltanski abre possibilidades de estudo da relação entre os saberes eruditos e populares no campo da saúde, em seus tensionamentos e subversão frente às práticas biomédicas.

Portanto, são necessários estudos que levem em conta as representações próprias que as classes trabalhadoras têm sobre crise e sofrimento psíquico grave, e como lidam com estas em sua relação com outros campos de saber. Para tanto, podemos utilizar a reflexão sobre a *eficácia simbólica* (LÉVI-STRAUSS, 1949/1970) das práticas populares. Lévi-Strauss discute que, por meio do compartilhamento de sistemas simbólicos, os seres humanos buscam tornar pensável e ordenada a experiência vivida, a qual apresentava-se de modo anárquico e não classificável anteriormente.

A eficácia depende da credibilidade depositada no sistema simbólico pela comunidade, de modo que as práticas exercidas nesse permitam formular uma perspectiva coerente frente à biografia pessoal de seus participantes. Com isso, consiste em saber que define pautas de comportamento no mundo - inclusive no campo da saúde - ao definir diagnóstico e profilaxia para cada forma de sofrimento, doença ou aflição (dependendo da nomeação dada por cada sistema). É importante problematizarmos que a discussão de Lévi-Strauss em torno da eficácia simbólica não defende que essas práticas sejam eficazes somente na remissão de sintomas, mas na compreensão dos próprios grupos populares em relação a seus processos de cura, e de alívio das vivências de sofrimento e aflição.

Podemos utilizar essas contribuições para permitir o diálogo entre saberes psiquiátricos, psicológicos e as produções populares, abdicando da separação entre ciência e não-ciência no cuidado a modos de sofrimento psíquico grave. Isso não significa a renúncia a indicadores de atenção em saúde que tenham confiabilidade e sejam legitimados pelos sujeitos que buscam ajuda, mas, pelo contrário, consiste em

reconhecer as práticas populares que existem no cotidiano dos sujeitos das classes populares. Nesse sentido, é necessário o cuidado com a aplicação de práticas de saúde apenas com mudanças técnicas e estratégicas a públicos que compartilhem outros sistemas simbólicos de ordenamento de realidade (ROPA & DUARTE, 1985). Utilizamos essas contribuições ao presente estudo na tentativa de ajustar os diferentes dispositivos clínicos da atenção psicossocial às manifestações próprias dos produtores da cultura popular.

É necessário o cuidado em não repetir a espetacularização, exotização e canibalização das culturas populares (CARVALHO, 2007). Para tanto, devem ser propostas práticas que dialoguem com os sistemas populares de ordenamento da realidade e com a significação em torno das experiências de sofrimento psíquico grave. Essa perspectiva implica em postura de humildade e reconhecimento de não acabamento existencial, permeando a abertura ao diálogo e construção coletiva (FREIRE, 1974/2005; 1976/2011). Existem discussões em torno do reconhecimento dos produtores de cultura popular pelo SUS, assim como debates em torno das modalidades de diálogo entre as práticas científicas e as práticas populares (VASCONCELOS, 1989; 2001a; 2001b). Reconhecendo a complexidade deste tema, e não sendo esse o foco do estudo, buscaremos levantar algumas possibilidades de criar dispositivos clínicos sensíveis às experiências *com* a cultura popular.

Em relação às possibilidades de viver os processos de sofrimento e tratamento por mecanismos próprios da cultura popular, a religiosidade aparece como um campo constantemente citado em pesquisas sobre a eficácia simbólica de práticas não-científicas (BIZERRIL, 2007; RABELO, MOTA & NUNES, 2002). Reconhecemos a religiosidade popular como uma das dimensões da cultura popular, de modo que nosso estudo não se aprofundará na discussão em torno das práticas terapêuticas e a religião. Apesar disso, há a necessidade de discutir as especificidades das práticas terapêuticas em contextos religiosos, devido ao modo como essas serão reportadas na narrativa estudada.

Atualmente - no Brasil - existe um campo de tensionamento e contradições entre a Ciência Laica e a religiosidade popular, como dois sistemas de ordenamento da realidade (BIZERRIL, 2007). No campo da saúde mental, a ciência laica pede legitimidade pelo saber médico – consistindo em jogo de poder - no movimento de

recorrer à discussão sobre o delírio como crença “errônea”, ao defender o caráter objetivo e ateu dos manuais classificatórios em Psiquiatria. Isto não quer dizer que sejam desconsiderados os saberes da Psiquiatria, Psicanálise e Psicologia sobre as vivências de sofrimento. Pelo contrário, exige que adaptemos nossa escuta e presença à inserção do sujeito *na* e *com* suas experiências culturais, em sua polifonia e abertura existencial.

Em relação a essas questões, Bizerril (2007) pontua que os seres humanos buscam sistemas simbólicos de classificação da realidade, nos quais há efeitos e implicações das crenças e representações da experiência do ser humano na cultura. As práticas de cuidado pela religiosidade popular têm algumas vantagens em relação às práticas psiquiátricas, já que não consistem em segregação e estigmatização social do sujeito como “doente”. Pelo contrário, permite que sujeitos em sofrimento possam ser compreendidos por meio de seus mecanismos simbólicos próprios, que dão sentido às suas experiências *no* e *com* o mundo. Bizerril (2007) aponta que esse posicionamento não consiste em confundir vivências intensas de sofrimento com experiência mística, visto que - nesta última - o praticante tem controle sobre seu transe e passa por treinamento em contexto ritual. Apesar disso, a possibilidade de viver experiências místicas traz aspectos de saúde psíquica como a manutenção e criação de vínculos sociais, assim como a negação do caráter incapacitante e crônico das vivências de sofrimento.

Portanto, a vivência de experiências religiosas permite aos sujeitos elaborarem narrativas que ponham em movimento uma exploração ativa de modos de ser-no-mundo (RABELO, MOTA & NUNES, 2002). Com isso, são abertos caminhos para a transformação de experiências, que antes eram vividas como agonias e impossibilitavam o sujeito seguir seus projetos de vida. Ocorre uma reconstrução da experiência de doença e aflição no domínio religioso, a qual permite que haja uma absorção das experiências de cura na religião ao cotidiano do sujeito.

O contexto ritual das religiões promove uma ruptura em relação aos parâmetros da vida cotidiana na formação de imagens que demandam mudanças de atitude dos participantes frente ao mundo (BIZERRIL, 2007). Essas vivências se dão pelo engajamento do corpo do participante nas imagens que compõem os enquadres rituais. Com isso, as experiências vividas em contexto ritual podem ser levadas ao cotidiano do

participante, após sua vinculação ao sistema simbólico.

Rabelo, Nunes e Mota (2002) fizeram estudo no qual compararam experiências de aflição e tratamento em diferentes religiões. Ao discutirem o Candomblé, trazem alguns aspectos das possibilidades das religiões afro-brasileiras consistirem em um sistema simbólico, no qual o terreiro aparece como espaço de encontro, aliança e subordinação aos orixás. Situa que as experiências nessas religiões permitem que o participante possa ter identidades múltiplas frente à vivência de possessão. Também oferecem experiências na quais a identidade do participante possa permear a ambiguidade e imprevisibilidade, devido à ação dos orixás.

Ao mesmo tempo, as religiões afro-brasileiras possibilitam um reenquadramento da experiência que era vivida sob a alcunha da doença mental, para uma experiência de aflição pela chamada do santo, já que essa dissolve - progressivamente - a separação entre o mundo mítico do orixá e as vivências cotidianas do participante. Os autores do estudo discutem que as práticas do Candomblé, uma vez incorporadas ao cotidiano do participante, podem ser contexto adequado a manifestações que em outro enquadre seriam compreendidas como doença mental:

*Uma primeira aproximação sociológica a essa questão aponta para a legitimidade que o Candomblé pode conferir a comportamentos pouco usuais ou divergentes dos padrões socialmente aceitos. Isso sem dúvida sugere, a título de hipótese, uma maior abertura da religião aos comportamentos desviantes exibidos por indivíduos com problemas relativos à saúde mental. (RABELO, MOTA & NUNES, 2002, p. 112).*

Optamos por centrar nossa discussão em torno dos aspectos das religiões afro-brasileiras, devido à narrativa que será apresentada, posteriormente neste estudo, versar sobre experiências da usuária em um Centro de Umbanda. Reconhecemos as diferenças em torno da prática da Umbanda e do Candomblé, assim como o risco de generalização de sua polifonia e diversidade sobre a categoria de religiões afro-brasileiras. Porém, acreditamos que as discussões gerais propostas por Rabelo, Mota e Nunes (2002) permitem que sejam explorados aspectos teóricos em relação à eficácia simbólica das religiões afro-brasileiras frente a sujeitos em sofrimento psíquico grave.

A transformação da experiência de aflição nas práticas das religiões afro-

brasileiras não busca afirmar a legitimidade de uma identidade frente a outras, visto que o participante pode construir sua narrativa singular, existencial e política em sua exploração de dar contorno e significados existenciais às experiências de aflição. Isso não significa que defendamos que as religiões afro-brasileiras sejam mais adequadas no cuidado a vivências de sofrimento psíquico grave, em detrimento a outras religiões. Apenas consiste em uma exploração das possibilidades das religiões afro-brasileiras permitirem uma exploração ativa de modos de ser-no-mundo (RABELO, MOTA & NUNES, 2002) para alguns sujeitos que encontrem acolhimento nesses sistemas simbólicos.

Portanto, vemos a religiosidade popular como um mecanismo próprio dos grupos populares construírem seu lugar no mundo por meio de sistema simbólico que lhes permita ordenamento de realidade. Assim, suas experiências de sofrimento e aflição podem ser transformadas com recursos da cultura popular, como a musicalidade dos tambores afro-brasileiros, as experiências de filiação a um terreiro e a convivência no cotidiano dos festejos religiosos, como aqueles dos quais participou Bispo do Rosário.

Essa perspectiva consiste em reconhecer um saber popular já existente, ancestralmente, de modo que haja diálogo e abertura existencial do trabalhador de saúde mental em construir recursos clínicos *com* as classes populares. Portanto, existe proposta de relativização dos saberes científicos frente à pluralidade de sistemas simbólicos de ordenamento de realidade.

## Capítulo IV

### A Cultura como campo de transicionalidade e viver criativo

Neste momento, buscaremos estabelecer um diálogo entre o sofrimento psíquico grave e a relação do sujeito *na* e *com* a Cultura. Situiremos como esta pode ser fundamental como critério diferencial em relação à delimitação da gravidade do sofrimento e à possibilidade de serem criados recursos clínicos sensíveis às formas de o sujeito viver sua cultura em sua experiência singular e política.

Quando Winnicott discute os quadros clínicos que exigem que o Psicanalista tenha prática diferenciada em relação à técnica freudiana clássica, elenca cinco pontos importantes de serem considerados, dentre eles a “ausência de vida cultural” (WINNICOTT, 1962/1983). As condições que podem exigir análise diferenciada são: o temor à loucura; o domínio do falso-*self* sobre o *ser* total; a tendência antissocial; quando uma figura materna ou paterna doente domina o quadro; e, por último, quando não há vida cultural, ou seja, quando o indivíduo não é capaz de viver sob a esfera dos fenômenos transicionais, sendo submisso ou alheio à realidade externa. É interessante notar neste trecho que, ao mostrar modos de sofrimento grave que necessitariam de manejo diferenciado do *setting*, a possibilidade de o sujeito ocupar o espaço potencial e estar vivendo criativamente *com* a cultura surge como um dos critérios definidores do tipo de análise diferenciada da técnica freudiana clássica, referindo-se ao surgimento da neurose de transferência no enquadre do consultório.

O ponto de partida para a compreensão da cultura para Winnicott (1968/1994, 1971/1992) é sua crítica em relação à insuficiência da noção de sublimação na obra de Freud para o estudo dos fenômenos culturais, além da falta de estudos psicanalíticos, no período, que buscassem compreender as especificidades das experiências culturais para o desenvolvimento emocional. Ao comentar a organização da *Standard Edition* das obras de Freud por James Strachey, Winnicott dizia que:

*Freud em sua topografia da mente não encontrou lugar para as coisas culturais. Deu um novo valor à realidade psíquica interna e disse proveio um novo valor para as coisas que são reais e verdadeiramente externas. Freud utilizou a palavra “sublimação” para apontar o caminho a um lugar*

*em que a experiência cultural é significativa, mas talvez não tenha chegado ao ponto de nos dizer em que local, na mente se acha a experiência cultural (WINNICOTT, 1966 apud WINNICOTT, 1975, p. 133)*

Winnicott situa que o brincar e as experiências culturais não se reduzem à dimensão pulsional nem podem ser compreendidos apenas pelo foco nas experiências vividas na realidade interna, ou externa, estando no registro da transicionalidade – como primeira *posse* não-eu – e ocupando a terceira área de experiência, em relação às duas citadas anteriormente. Podemos sintetizar nossa concepção acerca do movimento histórico entre a base freudiana e as mudanças promovidas pela Psicanálise Winnicottiana, pelo entendimento de Winnicott acerca da cultura como algo original, se situado na tradição, simbolizando a dimensão paradoxal da união–separação, oriunda da relação mãe–bebê e da vivência de *ilusão*, e posteriormente, *desilusão* (GODOY, 2007; WINNICOTT, 1971/1992). Assim, acreditamos que as construções de Winnicott situam-se nesse espaço paradoxal de originalidade na tradição freudiana, como movimento de ele introjetar a presença de Freud em sua ausência, partindo desta para construir a originalidade de sua teoria por meio de seu gesto espontâneo.

Em seu texto “Brincar e a Cultura”, Winnicott (1968/1994) diz que a cultura é uma área do viver criativo, na qual não é nem sonho nem relação de objeto, mas ambos, ao mesmo tempo, consistindo em um fenômeno paradoxal que deve ser aceito e não questionado pelo analista. Portanto, a excitação advinda do brincar e da experiência cultural não é oriunda de sua função orgástica ou masturbatória (WINNICOTT, 1971/1992), mas de sua precariedade em situar-se entre o subjetivamente concebido e a realidade objetiva (WINNICOTT, 1968/1994). Apesar disso, é importante situar que essas argumentações não negam a importância da dimensão pulsional na vida psíquica do bebê nem no desenvolvimento emocional, mas consiste na tentativa de descrever os fenômenos que ocorrem conjuntamente com as experiências pulsionais, porém que são construídas em outro registro que não pode ser compreendido pela dinâmica satisfação/frustração (GODOY, 2007).

Desse modo, pela fidedignidade da confiança ofertada pelo ambiente, o bebê vai progressivamente podendo ocupar o espaço potencial, área intermediária de experiência, entre as realidades interna e externa (WINNICOTT, 1971/1992). O espaço potencial se constitui de modo paradoxal, já que a separação entre mãe–bebê só é possível por sua



união, paradoxo que não pode ser resolvido ou questionado pela mãe. Apenas quando o bebê tem uma representação interna suficientemente boa do cuidado materno, ele pode sair do estado de dependência rumo à autonomia. A partir da possibilidade de o bebê ter seus movimentos criativos reconhecidos e inscrevê-los no mundo objetivamente compartilhado, ele pode construir sua experiência de *self*, sentindo-se vivo e real no mundo, criando e sendo criado por este continuamente.

Portanto, o espaço potencial pode promover as seguintes transições: entre o subjetivo e o objetivo; do autoerotismo para a posse do objeto não-eu; da alucinação à capacidade simbólica; da onipotência para a aquisição da noção de tempo e espaço; do desenvolvimento motor para o manejo real dos objetos; e do desenvolvimento de sentimentos afetuosos, partindo das vivências de amor cruel, para a capacidade de preocupar-se, o *concern* (GODOY, 2007). O confrontamento do sujeito com a realidade externa é mantido por toda a vida, ao mesmo tempo em que, se ele não consegue viver os objetos e fenômenos transicionais, permanece isolado apenas em vivências da realidade psíquica vivenciada como sofrimento e como impossibilidade de o sujeito *usar* de modo criativo a cultura. Assim, o espaço potencial – vivido pelo adulto no amplo espectro das experiências culturais – permite o relaxamento do sujeito, por ser aceito o paradoxo da união–separação e do trânsito entre o subjetivamente percebido e a realidade externa, possibilitando experiências de não integração como as provocadas pelo fazer artístico (WINNICOTT, 1971/1992).

#### **4.1 Da experiência de ilusão ao viver criativo *com* a cultura**

Para a compreensão da cultura como área intermediária entre a criatividade primária – e silenciosa, ou alucinatória, nos casos de sofrimento grave, por estar escondida detrás do falso-*self* – e a percepção objetiva da realidade (WINNICOTT, 1971/1992), vemos a necessidade de contextualizar o conceito de *ilusão* na obra de Winnicott.

É a partir da experiência de ilusão que o bebê vai, progressivamente, construindo essa área, já que: “A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este uma ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar” (WINNICOTT, 1975, p. 27). O fenômeno da ilusão permite ao bebê encontrar no ambiente o suprimento de suas necessidades, no campo da

transicionalidade, pois o acolhimento das necessidades do bebê deve ser realizado para ele poder suportar, progressivamente, as falhas ambientais, desde que predomine a constância e a confiabilidade do ambiente como pré-requisitos à autonomização. Winnicott (1959/1994) mostra que a experiência de ilusão permite que o ambiente apresente ao bebê objetos reais, os quais são concebidos, inicialmente, de modo alucinatório.

Portanto, a adaptação ativa da mãe às necessidades do bebê o capacita para confiar no ambiente, introduzindo-o à vida simbólica e a acreditar que os objetos encontrados no mundo são reais, já que, nos estágios iniciais, a mãe permite “tornar real a alucinação” vivida pelo bebê. O ritmo do espaço *entre* bebê e mãe – ou analisando e analista – é ditado pela dupla, de modo que a mãe, pela *devoção* sensível às necessidades do bebê vai, progressivamente, lhe apresentando a realidade objetiva, trazendo a ele sua presença de modo paradoxal, que se revela como alteridade e familiaridade, ao mesmo tempo, no encontro entre o gesto do bebê e o da mãe (SAFRA, 2004).

Nesse sentido, vai sendo possível a desilusão do bebê, a partir do momento em que ele pode suportar a ausência da mãe como presença – dimensão paradoxal – revelando que, após a presença constante e confiável do ambiente, esta pode ser introjetada pelo bebê dando-lhe condições para viver a integração, existir *com* o mundo e sentir-se vivo, real e criativo (WINNICOTT, 1971/1992). É na experiência de ilusão e, posteriormente, desilusão, que se constrói a autonomização na teoria winnicottiana, remetendo à sua discussão sobre a capacidade de estar só, após a introjeção da presença do ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1957/1983, 1971/1992). O autor situa que, se o bebê vive o fenômeno de ilusão sem ter quem acolha sua capacidade criativa, o vive como loucura solitária, alucinando um mundo que desejaria viver, porém que nunca lhe foi apresentado pelo ambiente (1971/1992, WINNICOTT). Já no campo da cultura como transicionalidade, a vivência deste fenômeno pode ser compartilhada e inscrita na realidade por meio de suas produções culturais singulares, assentadas na tradição e herança cultural (SAFRA, 2004).

É importante contextualizar que a compreensão de Winnicott sobre a Cultura sempre faz referência à *experiência* na cultura, ou seja, ao *uso* criativo desta que o bebê vai adquirindo, progressivamente. Para o autor, *usar* consiste em uma atividade mais

complexa que o *relacionar-se* com os objetos, já que este último pode acontecer ainda de modo alucinatório, fazendo referência apenas à sua realidade interna (WINNICOTT, 1971/1992). O *uso* do objeto implica, no início, a aceitação do princípio da realidade e a posse singular do objeto, ao mesmo tempo. Isso ocorre pela passagem da relação com os objetos, e, posteriormente, na possibilidade de o objeto sobreviver às tentativas de destruição pelo bebê, permitindo a entrada daquele no registro da transicionalidade e no preenchimento do espaço potencial pelos movimentos criativos do bebê.

Portanto, sempre discutiremos o *uso* criativo que o sujeito faz da cultura, ou sua impossibilidade de realizá-lo, levando-o a viver as relações objetais de modo alucinatório para o resto da vida, ou consistindo em sua submissão à realidade, ficando seus movimentos criativos escondidos por detrás do falso-*self* (WINNICOTT, 1971/1992). Assim, o termo *uso* não faz referência a uma categoria utilitarista, mas, pelo contrário, versa sobre a possibilidade de o bebê viver sua primeira *posse* de objeto não-eu, entrando no registro dos fenômenos transicionais, tendo a sua abertura a relacionar-se com grupos e sentimentos afetuosos, sendo, posteriormente, o fundamento da amizade e da aceitação da realidade externa (ABRAM, 2000).

Winnicott comenta que a experiência cultural faz referência, essencialmente, à experiência de *usar* os fenômenos transicionais pelo brincar. Conceitua a cultura como a tradição herdada que só existe como algo original se situado na tradição, simbolizando a dimensão paradoxal da união–separação, algo: “do qual todos nós podemos fruir, se tivermos um lugar para guardar o que encontramos” (WINNICOTT, 1975, p.138). Conforme foi discutido anteriormente, Winnicott está interessado em compreender “do ponto de vista do bebê” (NAFAH NETO, 2009) como ele vive a cultura, já que sua teoria foca-se na cultura como superposição do brincar de duas pessoas, a mãe e bebê, ou a relação *entre* analista e analisando. Posteriormente, o ambiente auxilia o bebê, ou o sujeito, a inserir-se *no* e *com* o mundo simbólico, permitindo a ele “brincar” com a tradição humana, por sua originalidade pelo gesto espontâneo (SAFRA, 2004).

Portanto, o autor não utiliza nenhuma concepção que pense a Cultura como entidade externa ao sujeito, ou restrita às práticas sociais, mas como experiência transicional, assentada na passagem do legado geracional, como tradição herdada, “produto da tradição oral”, na qual “é possível perceber a existência de um fundo cultural, estendendo-se por seis mil anos, e fazendo a história da cultura humana.”

(WINNICOTT, 1975, p.138).

Em capítulo anterior, discutimos os modos como a cultura popular é transmitida pela tradição oral e pelas narrativas, o que acreditamos poder ser compreendido pela noção de experiência cultural pela Psicanálise Winnicottiana, como experiência original, assentada na tradição, versando sobre o viver criativo do sujeito *no* e *com* o mundo.

Godoy (2007) afirma que uma contribuição importante desse autor é não separar a apresentação do sujeito em suas dimensões discursivas das funções sensoriais, o que faz com que, mesmo as práticas culturais mais sofisticadas, sejam compreendidas como originadas nas primeiras experiências do bebê com o mundo, pelas vivências de ilusão, as quais são vividas esteticamente, já que o bebê apenas apresenta a capacidade simbólica potencialmente. Com isso, a saúde psíquica é compreendida longe do terreno da ausência de patologia, referindo-se ao sentir-se vivo e real *no* e *com* o mundo. Godoy (2007), ao fazer referência às questões colocadas por Winnicott em sua obra *Playing and Reality* (1971/1992), afirma:

*(...) a possibilidade de viver experiências no campo da transicionalidade é o que assegura o enriquecimento do indivíduo, sua ligação com o passado e a possibilidade da construção ativa de seu próprio futuro. Não encontramos aí as condições da saúde psíquica? (p. 102)*

Assim, retomamos a tese desse trabalho de que toda abordagem saudável e, portanto, criativa, origina-se na inscrição do sujeito na cultura, que se dá no espaço potencial, como afirma Godoy (2007): “(...) é de onde, sem o abandono de nós mesmos, alcançamos o outro” (p. 112). Em diversos momentos, Winnicott (1971/1992) comenta o modo como as experiências culturais e a aquisição da capacidade de *usar* os objetos e fenômenos transicionais é um modo de viver saudável, e só é possível por meio da vivência de maternagem suficientemente boa que capacita o bebê a confiar no ambiente e viver as experiências culturais como união à adaptação materna, e separação, na criação original do sujeito sobre e *com* o mundo.

Em sua discussão sobre *O Destino do objeto transicional*, Winnicott (1959/1994) comenta a proximidade que o viver criativo e saudável tem com a experiência de loucura, já que a experiência que vivemos no fruir artístico e na inserção criativa na cultura permite que sintamos que “a experiência, acoplada à preparação que

eu mesmo fiz para ela, capacita-me a criar um fato glorioso. Eu o desfruto porque digo que o criei, alucinei-o, e é real, e teria estado lá houvesse eu ou não sido concebido” (WINNICOTT, 1959/1994, p.47). O autor comenta que, tanto na vida cultural, quanto na vida do bebê, “aceitamos a Loucura”, já que podemos projetar nossas percepções imaginativas em objetos e pessoas externas, podendo a realidade externa tornar-se para nós “uma veste para os nossos sonhos” (WINNICOTT, 1959/1994). Consideramos, neste estudo, que esses fenômenos descritos podem ser compreendidos como a inserção do sujeito *na* cultura, ou seja, a aceitação da realidade externa sem a perda do contato com o *self*, e a sua inserção *com* a cultura. Essa inserção consiste em processo criativo de encontrar na realidade externa o que havia criado em sua realidade interna. Discutiremos a seguir os modos como essa compreensão de cultura pode consistir em dispositivo clínico na atenção a sujeitos em sofrimento psíquico grave, buscando a prática sensível à sua inserção *na* e *com* a cultura.

#### **4.2 Dimensões clínicas da cultura no cuidado com sujeitos em sofrimento psíquico grave**

Com os questionamentos anteriores aplicados à vivência do sujeito em sofrimento psíquico grave *na* e *com* a cultura, acreditamos que não basta ajustar e controlar a sintomatologia do sujeito em sofrimento, mas é necessário que a própria sociedade seja alterada para permitir que o sujeito considerado louco possa ser acolhido em sua forma de expressão singular. O desenvolvimento do ser humano prescinde ser testemunhado pela presença do “outro”<sup>4</sup> que lhe permita a entrada no registro espaço-temporal (SAFRA 2004). Nesse sentido, a Loucura pode ser compreendida como a “ausência de cotidiano”, já que o fato de sentir-se vivo e acontecer no mundo só são possíveis se o sujeito puder entrar no mundo de forma singular e pessoal, por meio de sua criatividade (SAFRA, 1998). O ser busca – pelo fenômeno da ilusão – encontrar elementos e proporções de si em sua cultura. Neste estudo, compreendemos que o sofrimento psíquico grave permeia o fato de o sujeito não conseguir ser, em sua cultura, o que, portanto, exige transformação cultural em uma clínica sensível à inserção do

---

<sup>4</sup> Safra (2004) utiliza o termo “Outro”, com a grafia em maiúsculo, para além da alteridade, mas também se referindo à ancestralidade, anseio pelo futuro e entrada em comunidade de destino (*Sobornost*). Optamos por não utilizar esse termo, já que ele pode ser confundido com a noção de “Outro” pela Psicanálise Lacaniana, a qual traz outras concepções acerca do fenômeno. Assim, escreveremos o termo “outro” com sua grafia em minúsculo, apesar de Safra utilizar o termo “outro” referindo-se ao sujeito fora de seu vértice transcendente.

sujeito *no e com* o mundo.

A Cultura pode ser compreendida como fruto da ação criativa do ser na construção do destinar-se pelo sujeito e no posicionamento deste sobre sua própria história (SAFRA, 2004). Assim, o analista deve colocar-se como outro ao analisando, permitindo que seu gesto criativo seja reconhecido como inédito e singular, ao mesmo tempo em que se situa dentro dos aspectos culturais e ancestrais. Safra aponta que, com esse posicionamento do analista, o sujeito pode encontrar o lugar de seu sofrimento, reposicionando-o eticamente sobre sua existência. O autor traz o conceito de “Idioma Pessoal” como a entrada no campo da linguagem do analisando, não apenas pela fala, mas em seu nível gestual e criativo, definindo-o como: “(...) a possibilidade de se compreender a maneira como formula as grandes questões da existência, o modo peculiar que ela tem de portar seu sofrimento e a maneira como *sonha* seu porvir”. (SAFRA, 2004, p. 116). A partir dessa postura, o analista sai da posição de sujeito que detém o saber sobre o outro e coloca-se como aprendiz da clínica para construir caminhos existenciais ao sofrimento com o outro.

Safra discute que o analista deve ter postura ética que promova a integração do sujeito comunitário e singular (SAFRA, 2004), como possibilidade de existência política e de sofrer criador. O autor remonta aos dois conceitos de ética oriundos do *ethos*. O primeiro sentido refere-se práxis ou costume; já o segundo, à morada e pátria. Safra versa sobre a ética da situação clínica em relação ao segundo sentido, caracterizando o cuidado como construção de uma morada para o sujeito que está em sofrimento. A postura ética permite a formulação de uma morada às questões existenciais do sujeito, mesmo em sua dimensão misteriosa e indizível, portanto, não podendo reduzi-la à dimensão técnica ou verbal. Na situação clínica, existe a possibilidade de o sujeito ser acolhido como singularidade e, ao mesmo tempo, recolocar-se em *comunidade de destino*<sup>5</sup>. O autor afirma que “seu gesto se faz necessariamente político! A ação política rompe o estabelecido e re-inicia a história” (SAFRA, 2004, p. 83).

---

<sup>5</sup> Safra (2004) define *comunidade de destino* pelo termo advindo do russo: “Sobornost”, que significa saber pré-subjetivo e pré-reflexivo, o qual revela a verdade do ser como acontecimento comunitário. Diz respeito ao ontológico, ao *ser*; conforme foi discutido anteriormente, de modo que as fraturas na possibilidade de habitar e participar da *comunidade de destino* geram modos de adoecimento ao ser humano. É fundamental diferenciarmos a noção de comunidade apresentada por Safra daquela utilizada por autores da Reforma Psiquiátrica, que representam tratamento adaptacionista e normatizador do sujeito frente à sociedade (TENÓRIO, 2002).

Portanto, como destaca Safra (1998), a experiência de loucura tem uma íntima ligação com o fenômeno da exclusão social e desenraizamento, exigindo que o analista pense sua intervenção orientada pela inserção social, recolocando o paciente frente à ruptura cultural que sofreu e não apenas restrita à sua dimensão pulsional. Acreditamos que o reconhecimento do gesto criativo do sujeito com seu caráter Popular permite um processo de desvelamento do *self* pela integração de sua singularidade à construção coletiva e histórica. É importante contextualizar que, neste estudo, discutimos as especificidades das vivências dos sujeitos permeados pela cultura popular, porém, esse autor discute tais questões como dadas pela condição humana, e não apenas como prática social. Apesar disso, o Safra (1998) descreve a intervenção clínica frente à experiência de loucura como vivência de exclusão social:

*Algumas pesquisas sobre os excluídos em nossa sociedade mostram que estes apresentam sintomatologia semelhante à encontrada nos quadros psicóticos, mas trata-se de um processo de desorganização psíquica que tem origem na exclusão social. É necessário um outro tipo de intervenção terapêutica para um bom andamento do caso. (p.105)*

Ele também explica que a organização psicótica é um dos destinos possíveis em relação à experiência de loucura, como dispersão de si em relação à perda de inscrição no espaço-tempo e desintegração. Assim, a psicose não é colocada como entidade nosológica ou estrutura definidora do psiquismo, mas como organização defensiva frente à impossibilidade de viver a experiência de loucura de modo criativo. A arte e outros modos de expressão cultural oferecem a experiência de não-integração, porém de modo criativo e sem ameaçar a continuidade do ser (GODOY, 2007; SAFRA, 1998). Com isso, percebemos a diferenciação das experiências de desintegração – nas quais há real ameaça de perda da unidade do *self* como na doença esquizoide – e da experiência de não-integração, sobre a qual surge o impulso criativo, podendo ser vivida a experiência de dor de modo saudável e que permita a ação do ser na cultura como união da relação mãe–bebê, como internalização da vivência de um ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 2011).

Compreendemos a manifestação inconsciente do sujeito como busca de integrar a necessidade do viver comunitário com a possibilidade de ser acolhido pelo outro como alteridade, possibilitando o reconhecimento de sua singularidade em sua transcendência.

É nesse caminho, entre a vivência comunitária dos sujeitos das classes populares e as singularidades que permeiam seus modos de sofrer, que pode acontecer o encontro afetivo entre terapeuta e usuário. Nessa relação de *estar com* o sujeito em sofrimento – por meio da disponibilidade afetiva do terapeuta – é necessário o cuidado para que a prática clínica não se torne meio de opressão, quando são propostas prescrições, interpretações e/ou orientações pelo profissional sem a presença sensível a seu viver *com* a cultura. Assim, *estar com* o outro consiste em intervenção clínica em si, já que é modo de posicionar-se em *comunidade de destino*, permitindo novos posicionamentos existenciais (SAFRA, 2004).

É interessante observamos que, antes de o bebê compreender a linguagem discursiva e entrar no campo simbólico, ele consegue perceber a presença do outro, desde antes de seu nascimento, o que faz com que o *estar com*, como intervenção clínica, permita dar contorno a experiências de falhas ambientais que estejam situadas nos estágios iniciais de desenvolvimento.

Kupermann (2008) chama a atenção aos ritmos e rumos corporais dos sujeitos e à dimensão comunicacional para além da fala e dos significantes, construída enquanto presença sensível. Essa clínica é embasada principalmente pelo que o autor chama de “tato”, ao retirar esse conceito de Ferenczi (1928/1992), como dimensão do sensível e da intuição que não se permite capturar pela racionalidade ou pela compulsão do analista em interpretar. Com isso, é retomada a dimensão estética da clínica, afirmando que “na clínica, todo saber veiculado sem tato é abusivo e violento.” (KUPERMANN, 2008, p.178). Faz referência ao fato de que, para os casos de sofrimento psíquico grave, o contexto é mais importante que a interpretação em si, permitindo que o analista possa acompanhar as manifestações inconscientes do sujeito em suas dimensões sensíveis, ampliando o conceito de transferência.

Alguns autores da reforma psiquiátrica trazem contribuições à construção de modos de operar na clínica da reforma psiquiátrica, apontando possibilidades de acolher a existência nômade e esquivo (ROLNIK, 1997) dos diversos modos de sofrer, desconstruindo práticas neurotizantes e estigmatizadoras dos sujeitos, ao discutir uma noção de clínica ampliada regida pela complexidade e experimentação (LANCETTI, 2008). Antonio Lancetti traz o conceito de “Clínica Peripatética” na atenção ao usuário no cotidiano dos serviços de saúde mental, ultrapassando os espaços demarcados de



escuta e atendimento restritos a consultas e oficinas terapêuticas. Dessa forma, o profissional é chamado a agir no campo da cultura e no território existencial do usuário. Esta surge como questão fundamental ao trabalho em serviços substitutivos de saúde mental levando o tratamento para a dimensão do cotidiano regido pela Psicopatologia do senso comum (LEAL, 2007). No campo da reforma psiquiátrica, tal reflexão é fundamental para não tornar a clínica dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, restritas a práticas ambulatoriais burocratizadas por filas de esperas, refletindo na atenção fechada em si mesma, sem integração com outros níveis de atenção em saúde e para o diálogo interdisciplinar.

Com o cuidado a esse tipo de sofrimento, a apatia e a falta de posicionamento dos usuários trazem à tona a discussão sobre as dificuldades de comunicação com o outro nas diferentes manifestações psicopatológicas e inscritas na cultura de silenciamento, como foi trazido anteriormente. Portanto, o sofrimento psíquico grave não tem como única causa sua sintomatologia, mas também a dificuldade em compreender que os singulares territórios do sujeito não cabem no enclausuramento do modo neurótico de subjetivação, como traz Rolnik (1997). Ao discutir o acompanhamento terapêutico, a autora permite a reflexão mais geral, apontando que o fundamental não é o espaço concreto da prática (consultório, rua e/ou casa), e, sim, que o analista tenha uma prática nômade, tomando a singularização e não a delimitação de fronteiras entre o *dentro* e o *fora* como princípio:

*Deslocar-se concretamente – para fora do consultório, dos ambulatórios ou dos hospitais (sejam eles dos que funcionam dia e noite ou apenas de dia) – em nada garante uma sensibilidade ao fora como nascente de linhas de tempo e, menos ainda, uma capacidade de acolher a dor da desestabilização que o surgimento de tais linhas provoca. (ROLNIK, 1997, p. 95).*

Assim, essa clínica investe na desconstrução do *setting* protegido do consultório, privilegiando o corpo a corpo entre terapeuta e usuário como meio de compreender as diversas formas de sofrer, constituindo-se como clínica artesanal e permeada pela surpresa (LANCETTI, 2008). O campo transferencial é ponto de compartilhamento afetivo, no qual o analista é convidado a *estar com* o sujeito, ao invés de apenas interpretar a dinâmica transferencial, exigindo do analista disponibilidade afetiva, em detrimento à abstinência, à frieza e/ou ao distanciamento.

Ao refletir sobre os modelos de atenção a grupos de psicóticos, Lancetti (1993) sinaliza referenciais da clínica psicossocial retomando que o terapeuta deve investir no contato afetivo, possibilitando a ressignificação histórica, e, ao mesmo tempo, não respondendo à ansiedade psicótica, possibilitando campos de autogestão do grupo, facilitando a autonomização e a solidariedade. Essa posição parte da noção de que é só pelo contato afetivo e criador que é possível o fazer clínico.

Moffatt (1982), ao analisar a constituição de uma psicoterapia popular, do oprimido, traz a necessidade de o trabalho ser sensível aos gestos e de buscar atividades a partir da vivência cultural e histórica dos sujeitos, retomando que as classes populares elaboram seu sofrimento especialmente a partir da atividade cotidiana. O autor traz a necessidade do convite à criação dos usuários, valorizando o caráter ritualístico e a dimensão afetiva das atividades terapêuticas. Trazendo essas contribuições, enfatizamos a necessidade de considerar a incerteza e a incompletude do saber científico e do saber popular na clínica, admitindo a possibilidade de diálogo na construção da atenção complexa ao sofrimento. Freire (1974/2005) discute que a percepção da incompletude “dos” e “pelos” seres humanos é um convite à solidariedade e à sensibilidade ao outro.

Assim, com uma clínica que esteja aberta à sensibilidade – como dimensão estética e não racionalizável –, aos diferentes modos de sofrimento psíquico grave, é possível o resgate da dimensão do cuidado e da criação na clínica. Com isso, o terapeuta se disponibiliza afetivamente a ser a alteridade que permita a emergência da singularidade do sujeito (SAFRA, 2004), adaptando-se de modo suficientemente bom às suas necessidades (WINNICOTT, 1955/1993). O trabalho clínico situa-se na criação desse espaço de mediação – espaço potencial –, no qual o usuário é respeitado em sua manifestação criativa, marcada por seu caráter Popular.

Portanto, diferencia-se das outras modalidades de oferta assistencial “para” os usuários, situando-se na construção de saúde mental “com” os sujeitos em sofrimento, marcado pelo encontro afetivo e pela possibilidade de construir um espaço transicional do brincar *entre* trabalhador de saúde mental e usuário. Temos como tese central deste estudo que é na criação de um contexto no qual o sujeito sintá-se à vontade para expressar-se a partir de sua cultura e criatividade que a autonomia é possível, possibilitando que, tanto terapeuta quanto usuário, libertem-se das situações de opressão que vivem e não tenham medo da autonomia de ambos.

## Capítulo V

### Percursos metodológicos e narrativos

*Gravador, que estás gravando  
aqui no nosso ambiente?*

*Tu gravas a minha voz,  
o meu verso e o meu repente,  
mas, gravador, tu não gravas  
a dor que o meu peito sente!*

*Tu gravas em tua fita  
com a maior perfeição  
o timbre da minha voz  
e a minha fraca expressão.*

*Mas não gravas a dor grave  
gravada em meu coração.*

*Gravador, tu és feliz  
e, ai de mim, o que será?*

*Bem, só ser desgravado  
o que em tua fita está  
e a dor do meu coração  
jamais se desgravará!*

*(Patativa do Assaré)*

Esta pesquisa visa analisar algumas das dimensões clínicas da cultura popular por meio da construção de uma narrativa de uma usuária que está em vivência de sofrimento psíquico grave, atendida no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, do Paranoá. Delimitamos como objetivos específicos: compreender os modos como as práticas populares de saúde realizadas pela usuária são colocadas em sua narrativa; analisar como se dá a construção de seu projeto de vida frente aos seus recursos pessoais e comunitários; e compreender o modo como ela percebe a participação dos serviços substitutivos de saúde mental nesse processo.

A partir desses objetivos, optamos pelo estudo de narrativas, partindo de autores da Psicanálise e da Reforma Psiquiátrica que vêm problematizando suas possibilidades de utilização como tentativa de resgatar a autoria e a singularidade da experiência vivida pelos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Outra justificativa do uso de metodologia qualitativa é referente a buscarmos estudar a dimensão da experiência de sofrimento, em detrimento à elaboração de categorias externas à vivência dos sujeitos. Ao mesmo tempo, optamos por realizar a análise das narrativas pelo conceito de *construção* em Psicanálise (FIGUEIREDO, 2004; FREUD, 1937/1996; VIGANÒ, 1999), utilizando algumas das reflexões da construção de caso em Psicanálise (MOURA e NIKOS, 2000). Assim, situamos a construção da narrativa pelos movimentos transferenciais no espaço *entre* pesquisador e participante.

Nesse contexto, busca-se resgatar as dimensões clínicas e singulares da cultura popular, o que, como aponta Creswell (2007), é possível por meio de método indutivo para compreender fenômenos vividos individualmente por sujeitos buscando trazer a complexidade do fenômeno com amostras menores. Nesse sentido, é utilizada metodologia que apreenda os diferentes modos de sofrimento psíquico a partir de seu olhar sobre o mundo e seu processo histórico. Consiste em estudo exploratório devido à ausência de estudos empíricos que estabeleçam a delimitação da questão estudada. A seguir, pontuaremos os referenciais epistemológicos que embasam este estudo, pela ética da Psicanálise.

### **5.1 A Pesquisa em Psicanálise**

Este estudo parte das reflexões da pesquisa em Psicanálise, pois acreditamos que por meio dela podemos reconhecer a autoria do sujeito sobre seu saber a partir de sua singularidade, de modo que esta pode ser acessada pelo estudo do espaço *entre* analista e analisando, na construção de um saber incompleto e não totalizante, porém que permite o acesso a conteúdos inconscientes, pela relação indissociável entre a clínica e a pesquisa psicanalíticas, em seus diferentes enquadres (LO BIANCO, 2003, MEZAN, 1998a, NASIO, 2001, SAURET, 2003). Este posicionamento traz o esforço de utilizar referencial epistemológico e metodológico que permita a reflexão sobre possíveis dimensões clínicas da cultura popular – discutidas aqui no contexto da clínica da atenção psicossocial nos CAPS – por meio da análise de meu lugar na instituição como analista e Psicólogo clínico. Buscaremos estabelecer alguns referenciais em relação à

base dos procedimentos investigativos em Psicanálise, buscando apontar a polifonia e a pluralidade de concepções em torno desta modalidade de pesquisa.

A primeira questão a ser levantada é a produção relativamente pequena de estudos que discutam as relações entre pesquisa e Psicanálise, conforme nos traz Lo Bianco (2003). Apesar disso, a autora faz revisão exaustiva dos trabalhos que problematizam essa temática, inicialmente, comentando as pesquisas de autores anglo-americanos, que buscam aproximar a Psicanálise a outras ciências, a partir de referencial empiricista e utilizando critérios como eficácia e utilidade.

Por outro lado, ela relata que, de modo geral, as pesquisas em Psicanálise realizadas pelos autores franceses também vêm discutindo o estatuto científico da Psicanálise, porém sem recorrer ao empirismo, assim como, no Brasil, vemos o aumento da produção nessa temática, trazendo pluralidade de compreensões em relação à temática e aos conceitos de pesquisa em Psicanálise, pesquisa psicanalítica, pesquisa de orientação analítica, dentre outras. Não pretendemos aqui realizar a revisão exaustiva dos diferentes referenciais de pesquisa em Psicanálise, no entanto, temos como objetivo situar – a partir de diferentes perspectivas – a compreensão de pesquisa neste estudo.

Sauret (2003) problematiza a relação entre Ciência e Psicanálise, trazendo que, historicamente, os referenciais hegemônicos de ciência buscam excluir o sujeito do saber pelas exigências de objetivação, generalização e universalização. Pinto (1999) discute a inserção da Psicanálise na Universidade, já que a primeira faz referência ao inconsciente como objeto de estudo, e, portanto, exige a atenção a referenciais não reflexivos como a falha e a associação livre do sujeito pela linguagem, necessitando sustentar a interrogação e o saber incompleto, porém respeitando o rigor científico e a construção de conhecimento em torno da pesquisa em Psicanálise. Já a Universidade tem como objetivo estudar as relações coerentes e racionais entre os significantes, implicando muitas vezes em um saber que é restrito apenas ao pesquisador, de modo narcísico e desconectado em relação à possibilidade de emergência da singularidade pela construção que ocorre durante a relação analítica.

Mezan (1998b) discute que a pesquisa em Psicanálise é muito criticada pelas outras ciências, por não ser passível de ser replicada, ou objetivada, além de prescindir da disponibilidade afetiva de o pesquisador colocar-se como parte do processo de

pesquisa, pela análise dos processos transferenciais. Apesar disso, este autor acredita que é possível ser construído o saber na Psicanálise, a partir da generalização dos achados clínicos, compreendendo como o sujeito se constitui em relação ao seu sintoma, estando este em compromisso com o desejo, a partir das particularidades de diferentes sujeitos com conflitos semelhantes.

Acreditamos ser interessante problematizar o papel da Pesquisa em Psicanálise em resistir às tentativas da Ciência em excluir o particular do sujeito (SAURET, 2003) e sua autoria em relação ao saber, de modo que – com sujeitos em sofrimento psíquico grave – essa modalidade de pesquisa pode auxiliar na escuta sensível à singularidade das narrativas, mesmo que estas se apresentem de modo delirante, sem coerência interna, ou trazendo categorias simbólicas relativas à vivência na cultura popular que não sejam apreensíveis por categorias nosológicas.

Com isso, as discussões oriundas desta pesquisa podem permitir o trânsito entre a construção de conceitos e teoria, sem deslocarem-se do objetivo central de propiciar escuta e presença sensíveis às diversas modalidades de sofrimento psíquico grave, no contexto dos serviços de atenção psicossocial. Figueiredo (2004) relata que o analista deve conseguir sustentar a posição de não saber, mesmo no contexto da pesquisa, de modo que a Psicanálise tem maior preocupação em formular boas perguntas em relação ao caso que está sendo construído do que trazer respostas objetivas em relação a como proceder com cada caso. Isso não significa abandonar a possibilidade de formular indicadores em relação à construção do conhecimento, mas, pelo contrário, fazer com que o pesquisador possa surpreender-se com a singularidade da clínica mesmo com sólida fundamentação teórica. Conforme nos traz Nasio (2001): “(...) o praticante será tão mais receptivo ao encontro clínico, quanto mais for capaz de se surpreender, e será tão mais capaz de se surpreender quanto mais sólida for sua fundamentação teórica.” (p.18).

Lo Bianco (2003) faz uma revisão histórica discutindo *as raízes dos procedimentos investigativos em psicanálise*, a partir da caminhada de Freud na construção da noção de pesquisa em Psicanálise. Ela retoma as bases positivistas nas primeiras experiências de Freud em laboratórios de Histologia, em relação ao que se chamava na época de “teoria do neurônio”, que defendia a neutralidade do conhecimento e sua objetividade em referência à causalidade fisiológica dos processos

psicológicos. Por meio de sua experiência junto a Charcot, Freud começa a vislumbrar a distinção dos fenômenos fisiológicos e psicológicos, pelo reconhecimento da qualidade genuína do fenômeno histérico, que até então era tratado com descrédito. Em sua obra “A Interpretação dos Sonhos”, Freud (1900/1996) inaugura um modo de pesquisa, a partir de suas experiências subjetivas e sua autoanálise, que demarca profunda mudança em seus escritos. A partir desta, propõe-se modelo metodológico no qual o pesquisador não pode ser considerado variável a ser controlada, pelo contrário, está implicado de maneira indissociável ao material que está analisando (LO BIANCO, 2003; MEZAN, 1998a; NASIO, 2001).

Ao mesmo tempo, essa modalidade de pesquisa inaugura a possibilidade de “(...) fazer valer sua descoberta de um cotidiano aparentemente simples e prosaico, feito de sonhos, lapsos, sustos e angústia” (LO BIANCO, 2003, p. 121). Nesse sentido, é necessário manter o rigor científico proposto por Freud, ao buscar estudar um objeto que só pode ser acessado pela linguagem e na relação analítica, pela via da transferência, tanto em seu registro ético (SAFRA, 2004), quanto estético (SAFRA, 2005), conforme discutido em capítulo anterior.

Problematizando as especificidades da Pesquisa Clínica em Psicanálise, Sauret (2003) mostra que esta se desenvolve em três níveis indissociáveis: como método de investigação dos processos psíquicos; meio de tratamento (originalmente elaborado para o tratamento das neuroses); e teoria que inaugura uma disciplina nova, a qual só pode ser elaborada e colocada em evidência a partir dessas duas outras dimensões. Portanto, a autora situa que o material de pesquisa ocorre no espaço *entre* analista e analisando (não restrita apenas ao contexto de consultório), visto que “não há pesquisa clínica sem *encontro* que mobilize a palavra” (SAURET, 2003, p. 97). Cabe situar que o método psicanalítico consiste em meio de estudar aspectos da organização inconsciente do sujeito, na formulação de construtos metapsicológicos que só podem ser compreendidos *a posteriori*, ou seja, pela análise dos movimentos transferenciais singulares que acontecem *entre* analista e analisando, mesmo fora do contexto original de tratamento.

É importante situar que Sauret parte da discussão de Freud, e especialmente de Lacan, sobre os modos de a pesquisa atingir a estrutura do sujeito, conceituação que não utilizaremos neste estudo. Apesar disso, reconhecemos contribuições importantes daquela autora em relação à delimitação da Pesquisa em Psicanálise, por meio de

resgate histórico, desde Freud. Neste estudo, partimos, principalmente, das elaborações de Winnicott em relação ao desenvolvimento emocional, o qual acredita que o diagnóstico – pela via da transferência – pode ser alterado durante o curso de uma análise, sendo necessário que o analista adapte seu *setting* às diferentes necessidades do indivíduo (WINNICOTT, 1952/1993, 1962/1983).

Partindo dessas considerações, uma das especificidades da Pesquisa em Psicanálise é que a singularidade do material pesquisado se dá pela elaboração de como a relação transferencial apresenta o particular do sujeito localizado em sua cultura e sociedade. Esta modalidade de pesquisa é subordinada a seu uso na clínica, já que, desde a origem da pesquisa em Psicanálise, buscava-se apresentar a trajetória de construção de conceitos e metapsicologia pelo ir e vir entre clínica e teoria (LO BIANCO, 2003). Com isso, ressaltamos a necessidade de sempre buscar conectar o que foi discutido por meio da construção da narrativa pelos modos particulares do sujeito colocar-se na situação transferencial. Ao mesmo tempo, discutimos possibilidades de direcionar a discussão a modos sensíveis de acolher as especificidades do sofrimento de sujeitos a partir de sua experiência *na* e *com* a cultura popular.

Problematizamos o papel do analista como sujeito que inscreve seu desejo e seus sentimentos transferenciais na escrita de sua clínica, num constante movimento de dirigir sua fala a um público externo e à situação analítica, ao mesmo tempo. Mezan (1998a) comenta que a escrita em análise consiste na continuação do diálogo com o paciente, que é um dos principais destinatários da escrita, já que esta tem o caráter de *catarse elaborativa*, transformando sentimentos vividos na situação transferencial em linguagem passível de ser comunicada. Nesse sentido, Mezan pontua que a escrita permite ao analista criar uma *distância justa* entre a angústia mobilizada pela situação transferencial e sua elaboração, referindo-se a conceito de *justa distância* retirado das contribuições de Fèdida (1992). Desse modo, busca-se que o analista, nem se perca nos sentimentos vividos – ficando em estado de não diferenciação com o material analisado - nem se distancie de seus sentimentos transferenciais.

É necessário atenção à singularidade dos modos *como* e *para quem* o sujeito concebe sua demanda em relação a seu sofrimento. Por último, a escrita também tem como função a restauração narcísica do analista, já que permite que ele consiga alcançar o *lugar* que ocupa para o analisando, de modo que possa descobrir *quem* e *o que* é para



o analisando, junto *com* ele, apesar de que parte desse processo deve ser realizada na vivência solitária da escrita.

Ainda em relação à escrita do caso clínico, Winnicott (1971/1984) discute que a utilização de gravações e de outros tipos de registro documentais - como a filmagem - não garantem a fidedignidade do material analisado, já que essa advém dos aspectos da relação entre analista e analisando. Ao mesmo tempo, chama a atenção para que seja anotado tudo que o analisando diz e tudo que é feito pelo analista, visto que, depois de algum tempo, esse material assemelha-se ao sonho que morre após o despertar.

Já em relação ao modo como o caso é apresentado, Winnicott sugere que esse seja apresentado de forma simples para o leitor. Para exemplificar essa necessidade o autor comenta que a escrita na clínica assemelha-se à performance de um violonista que pode estar dedicado a *mostrar* sua técnica em seu virtuosismo, ou *tocar* a música: “O teste desses casos escritos pesara sobre a palavra divertimento. Se forem um trabalho árduo de se ler, terei então sido muito esperto; estou empenhado em mostrar a técnica e não em tocar a música.” (WINNICOTT, 1971/1984, p. 14).

Sauret (2003) delimita as cinco modalidades de pesquisa em Psicanálise: aquelas que visam responder questões colocadas *pela* Psicanálise; responder questões à Psicanálise; ampliar o campo da experiência psicanalítica; construir teoria a partir da doutrina e experiência analítica; e, por último, realizar pesquisas orientadas somente pela ética da Psicanálise. Sauret fala que esta última modalidade é a mais presente na Universidade, porque representa tipo de pesquisa que se apoia sobre a psicanálise, mas não consiste em pesquisa psicanalítica, por não ser realizada por analistas na tentativa de construir conhecimento sobre a psicanálise.

Em nosso estudo, utilizaremos contribuições de outros campos metodológicos e epistemológicos, como o estudo de narrativas e a educação popular, além de não estarmos discutindo o enquadre de consultório nem a realização de um tratamento psicanalítico. Problematizamos o estudo como uma pesquisa em Psicanálise que busca construir teoria a partir da experiência analítica em novos contextos, buscando estabelecer dispositivos clínicos sensíveis ao sofrimento psíquico grave de sujeitos, por meio de suas experiências vividas *na* e *com* a cultura popular. Com isso, tentamos conciliar a exigência de rigor metodológico, referente a instrumentos que tenham o

inconsciente como objeto, com a demanda de construção do saber psicanalítico orientado pela transformação social e pela construção *com* as classes populares. Para tanto, busco situar o meu lugar como analista e pesquisador, assim como, delimitar este papel pela discussão de Winnicott em relação aos objetivos do tratamento psicanalítico e às possibilidades de trabalho em enquadres diferenciados, adaptando a clínica a diferentes *settings*<sup>6</sup>.

Winnicott (1962/1983) propõe que, em casos nos quais não é possível utilizar a “análise padrão” freudiana, o analista deve buscar “fazer outra coisa” que responda às necessidades do indivíduo, conforme foi sua trajetória como analista em consultório e no contexto das *consultas terapêuticas*. Ele comenta que a “análise padrão” consiste no recurso à comunicação com o paciente, desde o lugar no qual a neurose (ou a psicose) de transferência coloca o analista, sendo utilizada para aqueles casos que apresentam nível mínimo de integração egoica, por terem obtido adaptação suficientemente boa nos estágios iniciais de desenvolvimento. Apesar de reconhecer a demanda desse tipo de análise em muitos casos, Winnicott situa que “a análise é para aqueles que a querem, necessitam e podem tolerá-la” (1962/1983, p.154). Afirma, ainda, que, em outros casos que não se adaptem a esta, o analista ocupa o papel de um “analista fazendo outra coisa”.

Assim, Winnicott (1962/1983) delimita que o diagnóstico, não apenas nosológico, mas em relação ao momento no qual ocorreram as falhas ambientais no processo de desenvolvimento emocional, é fundamental para o estabelecimento do fazer do analista. Em capítulo anterior, no qual foram discutidas aproximações entre o sofrimento psíquico grave e a Psicanálise Winnicottiana, buscou-se delimitar quais seriam os casos que se adaptariam ao processo de “análise modificada”, assim como a conceituação de Winnicott em relação às noções de saúde/doença e a importância do diagnóstico em análise.

Retomo esse posicionamento de Winnicott, já que o meu lugar como Psicólogo clínico e analista dentro da instituição da qual faço parte perpassa esse desafio de ter

---

<sup>6</sup> É importante diferenciar aqui a noção de enquadre e *setting*. O primeiro pode ser compreendido relacionado aos aspectos formais do espaço terapêutico como a frequência, o espaço no qual ocorre a análise, a postura do analista em relação a suas funções psíquicas e sua atitude profissional (HISADA, 2002). Já a clínica do *setting* pode ser realizada em diferentes enquadres e deve adaptar-se às “trocas transferenciais e processos de transformação” do processo analítico, sendo para Winnicott (1954/1993) espaço para o *holding* e *handling*, como metáfora aos cuidados maternos dispensados ao bebê.

presença e escuta analítica no serviço de saúde mental que não permite, nem tem como necessidade, a utilização de recursos como o divã e o consultório como ferramentas centrais.

Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2009) vêm desenvolvendo pesquisas com o objetivo de estabelecer modos de operar na clínica, a partir de enquadres diferenciados. Utilizando as contribuições de Winnicott e da fenomenologia, as autoras propõem o *estilo clínico ser fazer*, por meio de oficinas psicoterapêuticas de criação com “(...) o uso de intervenções transicionais não interpretativas e a apresentação de materialidades expressivas” (AIELLO-VAISBERG & AMBRÓSIO, 2009, p. 174). Sugerem que o fazer do analista adapte-se ao que é mais apropriado à situação de sofrimento do sujeito em questão, utilizando a proposta de Winnicott em relação ao *jogo do rabisco*<sup>7</sup> como modelo de encontro inter-humano, por meio da presença viva do analista na vivência do brincar *com* o outro. Para tanto, retomam o conceito antropológico de sofrimento, como a impossibilidade de *ser-si-mesmo* – como o constituir-se e acontecer *no* mundo – tarefa que não é inata, mas consiste em aquisição emocional, a partir da sustentação dada pelo ambiente. Concordamos com as autoras ao problematizarmos que nesta pesquisa somos analistas fazendo alguma outra coisa, respeitando o rigor do método psicanalítico, mas buscando intervenções transicionais que facilitem o brincar, por meio de recursos da cultura popular, como dispositivo clínico nos serviços de saúde mental.

Por outro lado, a partir dessas reflexões sobre o fazer do analista nesses serviços, coloco o esforço deste estudo em adaptar a situação analítica a modos de escuta e *presença sensível* (KUPERMANN, 2008) ao sofrimento psíquico grave, mediado por recursos da cultura popular. Em relação à adaptação de ferramentas como o consultório e a “análise padrão”, Lancetti faz uma observação interessante frente ao tipo de clínica realizada nos serviços de saúde mental como uma *clínica da cidadania*: “A clínica da cidadania mostra que a de consultório não é a única clínica possível. Praticada na instituição Psiquiátrica é uma anticlínica. Se *linikós* é aquele que visita alguém que está na cama, nosso trabalho consistia em pôr as pessoas de pé.” (LANCETTI, 1997, p. 190).

---

<sup>7</sup> O jogo de rabisco consiste em instrumento diagnóstico e terapêutico, o qual era utilizado por Winnicott (1971/1984) no contexto das consultas terapêuticas, desde as primeiras entrevistas de avaliação das crianças. Pode ser compreendido como um método que propiciava a associação livre junto à criança, a partir de rabiscos criados entre esta e o analista, como meio de ambos sonharem juntos (ABRAM, 2000).

Apesar de Winnicott não ter escrito muitos trabalhos sobre a pesquisa em psicanálise, acreditamos ser importante pontuar alguns aspectos trazidos por ele. Em palestra, na qual buscava discutir no que a pesquisa psicanalítica poderia auxiliar no trabalho com a saúde mental e ajudar a sociedade de modo geral, Winnicott (2011) delimita algumas das especificidades desta. Inicialmente, diz que a pesquisa psicanalítica não pode ser completamente planejada, já que ela segue as necessidades que se modificam em análise. Ele sintetiza a noção de pesquisa como “a experiência coletiva de analistas” referente às motivações inconscientes, tendo como material de pesquisa “(...) essencialmente o ser humano... sendo, sentindo, agindo, relacionando-se e contemplando” (WINNICOTT, 2011, p. 174).

O autor relatava, na época, o preço pago pela sociedade em desconsiderar a pesquisa psicanalítica, já que esta poderia ajudar na ressignificação do que é vivido pelos indivíduos como *destino*. Discutia que a vivência do *destino* – como algo inexorável – causa sofrimento e desperdício, mas que a pesquisa psicanalítica poderia auxiliar a compreendê-lo referindo-se às suas motivações inconscientes. Winnicott coloca o modo como a sociedade só consegue lidar com as motivações inconscientes quando expressas na arte e situa que a pesquisa psicanalítica busca construir uma sociedade que não viole a dignidade humana. O autor relata o modo como via os ganhos que a pesquisa em psicanálise poderia trazer à situação de guerra pela qual passavam, discutindo suas implicações políticas e sociais.

Utilizamos suas contribuições neste estudo com o objetivo de propor modelos clínicos que visem não violar a dignidade humana. A não violação desta pode ocorrer ao permitir que aquilo que é vivido pelo sujeito em sofrimento psíquico grave como *destino* possa ser reapropriado como motivação inconsciente e trabalhado frente à sua reconstrução de projeto de vida. Propomos uma Psicanálise que se faz necessária nos serviços públicos de saúde mental (FIGUEIREDO, 2004; VIGANÒ, 1999), desde que tenha o esforço em adaptar-se de modo sensível à singularidade (e à inserção na cultura) dos sujeitos atendidos nestes, tendo relevância no estudo das dimensões clínicas da cultura popular.

## **5.2 A Narrativa como recurso de pesquisa**

Neste estudo, além do referencial da Pesquisa em Psicanálise, acreditamos que o

estudo de narrativas pode propiciar a abertura ao processo histórico de constituição dos usuários dos CAPS, anteriormente à busca ao serviço, até seu momento atual, e sua projeção futura. Essa metodologia permite a construção de análises biográficas que situem a história do sujeito em função de determinado acontecimento de sua vida ou de seu contexto social (BAUER & GASKELL, 2000). A narrativa é colocada como experiência de reconstruir a própria história para alguém, o que a coloca necessariamente direcionada ao entrevistador como sujeito, ao mesmo tempo, sem utilizar a estruturação de entrevistas diretivas, possibilitando que o sujeito se coloque na narrativa por meio de seu “idioma pessoal” (SAFRA, 2004, 2006b). Em todo narrar há uma experiência a ser contada para alguém, criando um espaço potencial, no qual – no campo dos objetos e fenômenos transicionais – é transmitido o conhecimento de geração a geração (SAFRA, 2006a).

Walter Benjamim (1936/1994), ao discutir a contribuição da obra de Nikolai Leskov ao estudo das narrativas, traz reflexões importantes sobre o papel das narrativas na transmissão do saber transgeracionalmente e em relação à perda das narrativas com a atual ênfase na comunicação pela informação. Para esse autor, as narrativas têm uma aproximação com o ato de dar conselhos, não como prática de responder a alguém, mas com meio de dar continuidade ao existir, às experiências transmitidas na narrativa que ficam em aberto para que sejam contadas e reconstruídas tanto pelos ouvintes quanto por futuros narradores.

Benjamim remonta o caráter artesanal do ato de narrar como algo que não se perde no tempo nem busca transmitir o conhecimento puro ou verdadeiro, em oposição à informação que busca verificação imediata e torna-se obsoleta em pouco tempo. A narrativa imprime a marca do narrador no ato de recontar a mesma história diversas vezes, sempre com a possibilidade de reinventá-la, transmitindo, ao mesmo tempo, saberes transgeracionais. O ouvinte tem papel ativo na construção da narrativa, já que seu interesse em conservar o narrado o mantém unido ao narrador. Benjamim situa que, mesmo as narrativas escritas, têm sua origem na transmissão oral e na esperança de comunicar o que é experienciado, com suas raízes na vida cotidiana do povo.

Utilizamos essas referências na realização da entrevista narrativa e em sua análise, uma vez que nosso objetivo não é ter perguntas respondidas ou buscar alcançar o saber verdadeiro em relação à história de cada sujeito. Pelo contrário, buscamos

propiciar um espaço de construção *entre* narrador e ouvinte, que permita que a narrativa seja reconstruída com o esforço de visibilizar a autoria do narrador sobre a experiência vivida em sua inserção *na* e *com* a cultura popular.

Ao comentar esse texto de Benjamim, Safra (2006b) discute como a narrativa busca tornar presente e compartilhada – no espaço potencial – uma experiência que foi vivida como saber sobre a condição humana, enraizada em uma comunidade. Para Safra, a dificuldade da sociedade atual em construir registros temporais que comportem o durar, experimentar e compartilhar faz parte do fenômeno do desenraizamento. Portanto, o ato de narrar permite, no contexto analítico, dar contorno ao gesto espontâneo do analisando, recolocando suas questões existenciais frente à sua comunidade, propondo dinâmica semelhante ao *jogo do rabisco*, já que este não busca apenas interpretar o conteúdo inconsciente, nem pode ser reduzido como técnica. O narrar apresenta a oportunidade de compartilhar uma experiência, consistindo em abertura ao acontecimento e crítica ao estabelecido, conforme pontua Safra (2006b):

*O conto não só acolhe, possibilita o perdão e enraíza, mas também traz o desconforto decorrente do inédito, o que implica certa desconstrução de si. O narrar tem um pé na tradição e outro na abertura para o futuro e para o inédito. (...) Narrar implica acolhimento da posição originária, a partir da qual um gesto se torna possível e insere algo de singular como contribuição para todos os outros homens. (p.32-33)*

Dutra (2002) comenta que o ato de contar e escutar uma experiência envolve um *estar com-no-mundo*, como experiência vivida de participar da história e reconstruí-la, por nossa condição de não acabamento existencial. Essa autora utiliza as contribuições de Benjamim e Heidegger para pontuar a utilização da narrativa pela ótica fenomenológica e existencial. Com isso, retoma que a interpretação das narrativas só pode acontecer se falamos *ao* sujeito, e não *do* sujeito, visto que pela narrativa há uma abertura à experiência entre pesquisador e pesquisado. Figueiredo (1994) explica que, para Heidegger, a “(...) compreensão e interpretação são dimensões originárias do estar-no-mundo; ou seja, o homem é compreendendo o mundo que se abre para ele e interpretando os entes que se mostram a ele dentro do mundo” (FIGUEIREDO, 1994, p.18).

É importante destacar que o conceito de compreensão utilizado por Heidegger não faz referência a um ato reflexivo e racional, conforme discutido anteriormente. Ela se dá como forma de *ser-no-mundo* e *estar-com* o outro, aspecto que interroga o ser em relação à sua abertura e ao não acabamento existencial (DUTRA, 2002). Com essas formulações, propomos a compreensão da narrativa como forma de o sujeito exercitar a compreensibilidade frente ao mundo e interrogar seu *ser-no-mundo*, possibilitando a vivência de *ser-com* o outro, estabelecendo um *encontro* no contexto da pesquisa pelo estudo de narrativas, como afirma Dutra (2002):

*Isso porque o encontro ao qual nos referimos aqui implica a abertura dos sujeitos à experiência, nesse caso, pesquisador-pesquisado, quando um deles revela-se para o outro, que, por sua vez, é afetado por essa e na sua experiência. (p. 374).*

Cabe situar que estamos discutindo algumas das contribuições da fenomenologia ao estudo de narrativas, porém reconhecendo que a fenomenologia não pode ser compreendida como um todo, unificado e com saberes unívocos. Portanto, delimitamos o referencial fenomenológico que utilizamos neste estudo como aquele proposto por Heidegger e alguns estudiosos de sua obra, diferentemente da proposta de redução fenomenológica proposta originalmente pela fenomenologia de Husserl. Este último compreende a razão ligada à subjetividade pelo método especulativo-dialético de Hegel, utilizando a redução fenomenológica como método para alcançar o mundo vivido, ou seja, a essência do *ser* (DUTRA, 2002).

Já Heidegger (1927/1999), admitindo a impossibilidade de ser realizada a redução completa do fenômeno, propõe método especulativo-hermenêutico, redimensionando a questão do ser à sua disposição afetiva, a qual nos dota de compreensibilidade anterior à cognição e à consciência. Portanto, concordamos com esse autor ao acreditarmos que a existência do ser *no* e *com* o mundo não se limita à subjetividade, mas se funda na interrogação do ser em relação ao seu mundo vivido.

Acreditamos que a metodologia de estudo das narrativas, por meio de referencial analítico e fenomenológico, nos permite buscar meios de os usuários dos serviços de saúde mental construírem seus modos singulares de posicionarem-se historicamente frente às suas experiências, recolocando suas questões originárias em seu horizonte

existencial a partir de sua relação de *ser-com* e *no* mundo, vivido por sua condição de abertura existencial. É em seu caráter de crítica ao estabelecido e de acontecimento inédito, assentado na tradição, que os sujeitos podem compartilhar suas experiências frente à alteridade paradoxal. Assim, a narrativa oferece espaço acolhedor e experiência de não integração, ao mesmo tempo, possibilitando o viver criativo dos sujeitos em sofrimento psíquico grave.

### **5.3 Narrativas e Sofrimento Psíquico Grave**

No campo do sofrimento psíquico grave, o estudo de narrativas surge como possibilidade de o sujeito narrar sua história sem a necessidade de organização lógica, ou submetida à razão, podendo, pelo contrário, apresentar uma narrativa delirante (MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010). A utilização dessa metodologia consiste em escolha ética e política que permita aos usuários falarem sobre si, e não apenas serem descritos por outrem. Alguns autores (MIRANDA, 2009; MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010; ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008) trazem que o estudo de narrativas na saúde mental propicia um recurso que busque atingir a polifonia dentre os diversos atores na reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que traz a atenção sobre as vozes que não foram escutadas, no processo histórico de exclusão da loucura.

As entrevistas narrativas já têm seu uso consolidado em muitos campos de pesquisa, porém na avaliação de serviços de saúde ainda é pouco utilizada (MIRANDA, 2009; MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010). Ao mesmo tempo, o ponto de vista dos usuários é desconsiderado por parte das pesquisas avaliativas em saúde, ou, muitas vezes, não são encontradas ferramentas metodológicas que efetivamente sejam adaptadas aos modos singulares de os usuários narrarem suas experiências de vida.

Miranda e Onocko Campos (2010) sugerem que os estudos de caso, instrumentos mais utilizados na tentativa de retratar o ponto de vista dos usuários, não conseguem trazer a dimensão interacional entre os usuários e os serviços de saúde mental. Já o estudo de narrativas possibilita apreender a intensidade das experiências vividas pelos usuários ao aprofundar a temporalidade vivida, ao definir a narrativa como: “um processo de mediação entre o vivido e a possibilidade de inscrevê-lo no social, inserindo a experiência subjetiva em um campo político” (MIRANDA &



ONOCKO CAMPOS, 2010, p. 444).

Onocko Campos e Furtado (2008) enumeram a possibilidade de construir pesquisas na saúde por um *olhar narrativizante*, o qual é adequado para o estudo de novas práticas em saúde que ainda estão em processo de consolidação, como é o caso da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esses autores fazem revisão sistemática em relação a diferentes concepções de narrativa, desde os estudos clássicos de Ricoeur, até as perspectivas atuais, colocadas por Kristeva. Em Ricoeur, a narrativa é colocada como mediação entre o discurso e o vivido, sendo sua validade e verdade baseadas em sua coerência interna, pelo aprofundamento de sua dimensão temporal. Já Burke propõe a densificação da narrativa, definindo-a como mediação entre estrutura e acontecimento, entre indivíduo e sociedade. Por último, Kristeva traz concepção diferente de Ricoeur, ao colocar que, mais importante que a coerência interna das narrativas é a revelação do narrador como agente da história que inscreve seu ato social na política.

Assim, a narrativa apresenta caráter de práxis, ação social que busca estabelecer mediação entre memória e política, trazendo o foco ao agente da narrativa (MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010; ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008). Os autores discutem a utilização dessa perspectiva metodológica na avaliação de serviços do Sistema Único de Saúde, porque há certo distanciamento entre os discursos e as práticas neste campo. Acreditamos que, pelo estudo de narrativas, segundo este referencial teórico, é realizada a mediação entre a ação social do narrador no mundo e seu discurso, implicando-o em seu papel de agente da história, visando que não haja dicotomia entre o discurso e as práticas na Reforma Psiquiátrica.

Apesar de esta pesquisa não ter como objetivo a avaliação de serviço de saúde, acreditamos serem importantes essas observações, haja vista que muitas das pesquisas em torno da clínica da reforma psiquiátrica apresentam separação entre discurso e práticas. Nesse sentido, nosso estudo busca utilizar referencial metodológico que permita a participação ativa do sujeito em sua construção narrativa, tanto em seu papel de denúncia e crítica ao estabelecido quanto como implicação pessoal e histórica da autoria do sujeito sobre seu modo de narrar suas vivências de sofrimento. Com a importância da discussão referente à autonomia, protagonismo e não vitimização dos usuários em sofrimento psíquico grave, o estudo de narrativas pode permitir que o sujeito conte sua história, no processo de reformular seu projeto de vida e dar contorno a

sua experiência de sofrimento e exclusão social.

Vasconcelos e cols. (2006) argumentam que o uso de narrativas no campo da saúde mental propicia a oportunidade de o sujeito ressignificar seu processo de sofrimento, e, ao mesmo tempo, expressar sua vivência a partir das perspectivas pessoal, social e política. Além disso, apontam a necessidade de reconhecer a autoria do sujeito no processo de expressar seu sofrimento, mantendo-se o sigilo em relação a nomes e outros dados identificatórios. Consiste, também, em estratégia de explicitar que a experiência de estar doente constrói-se a partir de representações sociais, culturais e institucionais, e não apenas de quadros nosológicos estáticos e determinados linearmente. Trazem que as narrativas podem consistir em estratégia de análise das estruturas de poder vigentes e das culturas institucionais de assistência, apontando para necessidades de transformação no campo da atenção psicossocial.

Justificamos a escolha de, neste trabalho, estudarmos as dimensões clínicas da cultura popular pela ótica dos usuários, devido à ausência de pesquisas que busquem ferramentas metodológicas adaptadas aos modos singulares de os usuários significarem suas experiências de sofrimento por meio de recursos da cultura popular. Nesse sentido, o estudo de narrativas – como meio de acessar os modos de transmissão oral pela cultura popular – aparece como ferramenta para que os usuários possam ser reconhecidos por sua autoria e seu posicionamento como agentes da história no processo da reforma psiquiátrica. Conforme pontuam Onocko Campos e Furtado (2008), ao visibilizar quem é o agente da narrativa biograficamente, muda-se o foco de buscar alcançar a voz que detém a autoridade sobre o tema pesquisado, para que a narrativa seja vista como mediação entre memória e política.

Acreditamos que, apesar da importância de que haja pesquisas que abarquem diferentes atores da reforma psiquiátrica, buscando explorar a polifonia do campo, atualmente, existem poucas pesquisas que deem atenção ao modo como os usuários dos serviços de saúde mental experienciam seu tratamento em sua singularidade e inscrição *na* e *com* a cultura. Portanto, optamos por estudar as narrativas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave, ao explorar como se dá a expressão da cultura popular destes, antes e depois, de sua primeira crise. Com isso, pode ser ampliado o campo de pesquisa ao modo como as narrativas orientadas pela vivência das classes populares podem ser acolhidas de modo sensível no cotidiano dos serviços.

Em relação aos instrumentos de pesquisa, foi utilizado roteiro de entrevista narrativa (anexo 2), buscando utilizar questões norteadoras (*exmanentes*) e as perguntas geradoras que, durante o processo de entrevista, foram sendo adaptadas ao modo da participante colocar-se em sua narrativa partindo de seu “idioma pessoal”. O roteiro de entrevista foi elaborado a partir de modelo proposto por Miranda (2009), e as primeiras perguntas direcionadas a aspectos biográficos e de história de vida, para posteriormente fazermos perguntas referentes à temática estudada, pelos modos como o sujeito constrói sua narrativa. Conforme sugere essa autora, a entrevista – apesar de não ocorrer em *setting* de tratamento analítico – tem como objetivo dar livre curso à narrativa, ao manter o fluxo associativo do sujeito, conforme já foi discutido anteriormente em relação à concepção de narrativa deste estudo.

As entrevistas narrativas utilizam perguntas geradoras como meio de encorajar os modos de expressão do sujeito, indo de perguntas *exmanentes* para *imanentes*. Assim, na realização da entrevista, o entrevistador vai apropriando-se da linguagem e utilizando-a, bem como os modos de narrar do sujeito (BAUER & GASKELL, 2000). O último momento da entrevista narrativa (fala conclusiva) permite utilizar dados com caráter menos formal e sem a utilização do gravador, escrevendo em diário as questões mais pertinentes. Com a metodologia de narrativas, opta-se por transcrever não apenas as falas, mas também o modo como a fala é colocada, explicitando hesitações, silêncios, cortes de fala abruptos e outras características (BAUER & GASKELL, 2000; ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008). Portanto, no processo de entrevista, acontece a intersecção entre o presente da relação com o entrevistador, o tempo não linear associativo no ato de construir junto ao sujeito suas lembranças, e a temporalidade na projeção de seu futuro (MIRANDA, 2009). Assim, buscamos tornar os aspectos da narrativa, que até então eram vividos como incidentais, em algo inteligível, sem necessitar ajustar-se a modelo de pergunta-resposta (ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008), ou a um saber totalizante e apenas consciente.

Também foi utilizado como instrumento de pesquisa o diário de campo, de modo que fossem colocadas impressões pessoais sobre a entrevista, em seus aspectos não falados, tais como os gestos e a entonação de voz. O diário também visou registrar sentimentos relativos à relação transferencial, tanto do momento de entrevista quanto referente à relação que havia entre pesquisador e sujeito, anteriormente. Por último,

revisaremos como foi realizada a análise das entrevistas, assim como utilizamos alguns dos registros que o pesquisador principal tem em diário de campo, em relação a vivências transferenciais. Para articular o estudo de narrativas à pesquisa em Psicanálise, utilizaremos a noção de *construção* em Psicanálise, como referencial para a construção narrativa.

#### 5.4 A Construção das Narrativas

Para a análise das narrativas, utilizamos a noção de *construção* em Psicanálise, como recurso no estabelecimento de novos dispositivos clínicos para a atenção psicossocial. Utilizaremos algumas das contribuições da noção de *construções em análise* (FREUD 1937/1996), já que trabalharemos o estudo de narrativas problematizando a relação transferencial entre pesquisador e sujeito, pela psicanálise. Assim, optamos por trazer – junto à narrativa – aspectos da relação entre o pesquisador e a participante entrevistada, considerando que já havia contato entre ambos em espaços clínicos, nos quais o pesquisador estava como Psicólogo Clínico da instituição, no papel de um “analista fazendo outras coisas”, como tratado anteriormente. Para tanto, retomaremos alguns autores que discutem a construção do caso em Psicanálise (FIGUEIREDO, 2004; MOURA & NIKOS, 2000; NASIO, 2001; VIGANÒ, 1999).

Em estudo sobre *Construções em Análise*, Freud (1937/1996) compara o trabalho do analista com o de um arqueólogo que completa e constrói a história do analisando a partir das recordações deste. Coloca que toda construção em análise é incompleta, trazendo fragmentos esquecidos, porém tem como principal objetivo permitir que o analisando mantenha seu fluxo associativo no contexto da análise. Freud problematiza que, no trabalho analítico, mais importante que ter como resposta um sim ou não em relação às interpretações, o analista deve ter como objetivo propor a manutenção do fluxo associativo por recursos que busquem diminuir as resistências do analisando em acessar seus conteúdos inconscientes.

Nesse sentido, é trabalho que só se dá *a posteriori*, em relação à situação analítica, e que não tem fim nem consiste em narrativa fechada, mas em construção aberta para a capacidade de o analista surpreender-se. Freud faz comparação desse trabalho com a apresentação do delírio, na qual aparecem fragmentos de “verdade histórica” do sujeito, sem aparente coerência interna. No processo de construção, o

acesso a elementos de “verdade histórica” surge no movimento de convidar o analisando a entrar em contato com processos inconscientes ao partir de sua história particular, por meio de mecanismos como a análise de sonhos e dos atos falhos.

Utilizamos essa noção de *construção* ao pontuar que, na entrevista realizada, não tínhamos como objetivo ter as questões respondidas, ou buscar comprovar hipóteses pressupostas, mas, pelo contrário, propúnhamos que a narrativa fosse construída de modo associativo, sem a obrigação de nenhuma organização reflexiva, tendo sido realizado trabalho de construção *a posteriori*, buscando acessar os elementos de “verdade histórica” do sujeito. Winnicott (1971/1992) contextualiza o modo como trabalha com a técnica freudiana de associação livre, considerando que a segurança e a confiabilidade oferecidas pelo *setting* analítico propiciam estado de não integração e repouso. Para o autor, a associação livre deve acontecer naturalmente e no tempo próprio de cada paciente, ao consistir em estado de relaxamento. Assim, progressivamente, vai sendo criado ambiente no qual o indivíduo aceite a ideia de dar sequência a aspectos não interligados pela associação livre.

Abram (2000) comenta que Winnicott ressignifica o conceito de associação livre pelo termo *non sense*, como indicador de estado mental de repouso: “Defendendo que o analista deve entregar-se à disformidade e à atemporalidade comuns à estrutura da sessão analítica” (ABRAM, 2000, p. 91). Utilizamos essas contribuições de Winnicott (1971/1992) ao considerar que, tanto no processo de entrevista quanto na escuta e análise dos conteúdos desta, buscamos manter a construção *non sense*, fazendo com que o sujeito tenha a esperança de comunicar essa área de não integração e repouso, campo no qual pode ser acessada a criatividade e a busca do *self*. Do mesmo modo, na análise das entrevistas, apontamos momentos nos quais percebíamos que predominava a situação de relaxamento e de *non sense*, ou pelo contrário, momentos nos quais as defesas pela ansiedade surgem na necessidade de o sujeito organizar suas ideias, não permitindo o trabalho associativo.

Figueiredo (2004) comenta que a construção do caso na saúde mental opera um rearranjo do discurso do sujeito com base em novas inclinações que surgem na situação analítica. Assim, propõe que esta faz movimento da história do sujeito à compreensão do *caso*, em sua etimologia advinda do latim, *cadere* (cair, ir para fora do real), representando o indizível e insuportável acerca da experiência humana. Ao mesmo

tempo, opera uma passagem da supervisão, que tem no supervisor o principal interlocutor, para a construção que se dá em equipe multiprofissional, não necessariamente entre analistas, utilizando o conceito de saber democrático (VIGANÒ, 1999). Por último, Figueiredo acredita que a construção permite a caminhada do conceito (teórico) às distinções, ou seja, ferramentas conceituais que vão de encontro à história singular do sujeito e podem auxiliar na elaboração de seu projeto de vida.

Viganò (1999) discute a construção do caso na saúde mental como opção política e ética, no contexto da saúde mental. Diferencia a construção em relação à interpretação, já que a primeira opera a “indestrutibilidade do objeto psíquico”, ao passo que a última faz referência a momentos analíticos, nos quais são trabalhados elementos específicos na transferência. A construção de caso é necessária ao trabalho nos serviços substitutivos de saúde mental por partir do particular do que acontece de mudança no sujeito, anterior à interpretação, possibilitando que as decisões em relação ao projeto terapêutico se façam a partir do saber do paciente. Com isso, o autor ressignifica o conceito de cronicidade ao afirmar que esta pode ser definida como: “(...) uma adesão a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva.” (VIGANÒ, 1999, p 50).

Viganò discute que a reforma psiquiátrica vem operando um movimento de “passar da exclusão à segregação”, visto que são criados novos espaços nos quais “se faz barulho sem falar”. Portanto, retoma a necessidade de deixar o tempo clínico da demanda do sujeito como a condição do início do trabalho, em oposição a projetos terapêuticos externos à singularidade do sujeito. Apesar de utilizarmos em nosso estudo a entrevista como ferramenta metodológica, buscamos sinalizar os movimentos singulares e políticos feitos pelo sujeito em sua construção da narrativa. Assim, a entrevista narrativa aparece como uma das ferramentas na construção da narrativa, já que, neste estudo, foram também utilizadas anotações que o pesquisador tinha em relação a situações transferenciais vividas a partir de sua relação com os sujeitos.

Portanto, optamos por escrever a narrativa partindo dos sentimentos transferenciais do pesquisador, discutindo os primeiros contatos entre este e o usuário, e os aspectos da transferência que motivaram a escolha deste para a pesquisa. Foram feitos registros de momentos diferentes da relação transferencial, desde ocasiões de tratamento no serviço, como grupos terapêuticos e consultas terapêuticas, até

fragmentos de encontros em espaços não estruturados, como salas de espera, visitas domiciliares e outros, nos quais o pesquisador estava presente com sua escuta e presença analítica.

A análise das situações transferenciais nesses espaços vai ao encontro da concepção da Reforma Psiquiátrica em trabalhar a partir do cotidiano do usuário, de modo que, na atenção psicossocial, a convivência se dá em diversos espaços do território existencial e comunitário do sujeito (DELL'AQUA & MEZZINA, 2005), colocando o papel da clínica do sofrimento psíquico grave em *estar com* o sujeito (COSTA, 2010a) em diversos contextos. Safra (2004) também discute que é no cotidiano que o sujeito busca seu devir, no espaço potencial, no qual acontecem os acontecimentos necessitados pelo paciente em sua singularidade como *poesia*, para além do acontecido. Portanto, colocamos a necessidade de ter o cotidiano como espaço de pesquisa e de tratamento analítico:

*No cotidiano estão os outros, as coisas, o momento histórico, o surpreendente. Nele está o encontro do sensível com o não sensível, do imanente e do transcendente, lugar em que os acontecimentos da vida revelam a visita da eternidade. (SAFRA, 2004, p. 153)*

Na construção da narrativa, optamos por, após situar a relação transferencial entre pesquisador e sujeito, discutir o processo de entrevista em seus aspectos estéticos e não verbais pela transcrição da entrevista e das impressões pessoais do pesquisador sobre sua relação transferencial. Partindo disso, utilizamos trechos da narrativa com o objetivo de reconhecer a autoria do sujeito, no espaço *entre* pesquisador e sujeito, assim como trazer aspectos de como ele narra sua experiência vivida com aspectos da cultura popular.

Decidimos por discutir a narrativa pela construção dos fragmentos desses diversos espaços, construindo um *olhar narrativizante* (ONOCKO CAMPOS & FURTADO, 2008; MIRANDA, 2009; MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010). Por último, ao situar a narrativa na transferência, na tentativa de acessar a inscrição do sujeito *na e com* a cultura popular, comparamos seu modo de narrar suas experiências vividas com alguns dos registros que a instituição faz em relação ao diagnóstico e ao processo de tratamento do sujeito. Buscamos que o narrador seja o primeiro a contar sua

história singular, junto ao pesquisador como ouvinte e agente da construção na narrativa, para, posteriormente, situar como algumas das falas da instituição narram as mesmas experiências por meio de outras perspectivas.

Com esse modelo de construção da narrativa, a autoria dos sujeitos em relação às suas vivências de sofrimento pode ser reconhecida e, ao mesmo tempo, permite o estudo da inscrição destes na cultura popular, e a participação dos serviços substitutivos de saúde mental na atenção a esses aspectos. A construção do saber democrático em equipe implica, primeiramente, reconhecer o saber do paciente na construção de seu projeto terapêutico e projeto de vida (VIGANÒ, 1999). Essa colocação também foi utilizada na construção do saber democrático no processo de pesquisa. Portanto, temos o objetivo reconhecer as experiências singulares que a participante da pesquisa vem tendo com os serviços de saúde mental, por sua inserção *na* e *com* a cultura em sua presença singular e política.

## **5.5 Participante**

A participante foi escolhida de modo não aleatório e por conveniência. Conforme tratado anteriormente, a singularidade das narrativas pode ser estudada por meio de amostras menores e de análises biográficas. Assim, optamos por escolher três usuários para serem entrevistados, de acordo com vivências transferenciais que o pesquisador principal havia tido que remontavam a aspectos da cultura popular. Apesar disso, devido à quantidade de material oriunda da primeira narrativa, optamos por excluir as outras duas narrativas deste estudo, buscando nos focar na singularidade e complexidade de apenas um caso.

Utilizamos a sugestão de Miranda (2009), de construir a amostra por saturação, ou seja, de não haver número fixo de participantes pré-determinados, já que, à medida que as entrevistas foram sendo realizadas e analisadas, optamos por encerrá-las quando já havia certo padrão nas construções simbólicas, mantendo a singularidade de cada narrativa. Para a marcação da entrevista foi realizado contato telefônico e/ou presencial – a depender da conveniência – convidando os usuários diretamente para a pesquisa e lhes apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 1).

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: disponibilidade, interesse e



aceitação em participar do processo de pesquisa. Não houve critérios de exclusão em relação a gênero ou à idade. Somente foram escolhidos usuários que estavam em tratamento contínuo no serviço, ou seja, que tinham frequência pelo menos mensal em atividades de grupo ou consultas. Além disso, todos os usuários tinham contato prévio com o pesquisador, em consultas terapêuticas ou grupos terapêuticos do CAPS II do Paranoá.

Em relação aos critérios de exclusão, estabelecemos que não participariam usuários que estivessem em vivência de crise ou de sofrimento, as quais os incapacitasse de participar da entrevista, ou que pudessem lhe trazer algum risco, ou piora em relação à vivência de sofrimento. Esse critério foi avaliado pelo pesquisador principal com o auxílio da equipe multidisciplinar do serviço de saúde, avaliando múltiplos fatores, dentre eles: o diagnóstico padronizado pela Classificação Internacional de doenças – CID 10; a autonomia no desempenho das atividades de vida diária; a condição psíquica, por meio de anamnese psicológica; e sua condição legal (se estava sob curatela ou não).

Foi realizado levantamento no prontuário da participante escolhida, com o objetivo de obter alguns dados sobre a história dela, assim como comparar o modo como colocava sua narrativa, além de sinalizar como ela é descrita nos registros de prontuário. Para tanto, foram registradas as seguintes informações: idade; local de moradia; escolaridade; estado civil; tempo de tratamento no CAPS; modalidades de atendimentos das quais o usuário participa; e diagnóstico (padronizado pelo CID 10).

## **5.6 Local de pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá, serviço da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Este tem 1.100 usuários cadastrados, atendendo as Regiões Administrativas do Paranoá (área urbana e rural), Itapoã, São Sebastião, Planaltina, Sobradinho, Lago Norte, Lago Sul e Plano Piloto, por não existirem serviços que atendam esse público em outras regionais.

A entrevista foi realizada no domicílio do usuário, ou em outro local que o usuário escolhesse, já que isso visa criar espaço no qual o sujeito sinta-se à vontade para trazer sua narrativa, conforme sugerem alguns autores (MIRANDA, 2009; MIRANDA

& ONOCKO CAMPOS, 2010). Essa opção também segue o objetivo de as pesquisas em saúde mental analisarem a implicação do sujeito em seu território existencial (DELL'AQUA & MEZZINA, 2004), uma vez que a realização da entrevista em local que o usuário eleja como território permite também que seja estudado o modo de o sujeito situar sua narrativa frente às suas condições existenciais e políticas (MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010).

### 5.7 Contextualizando o Paranoá em sua história e lutas populares

Em relação ao local de pesquisa, acreditamos que cabe realizar breve histórico da cidade do Paranoá, especialmente em suas lutas populares pela fixação dos moradores na região. Conforme nosso referencial teórico, discutimos a região administrativa do Paranoá, não apenas como local de moradia, mas como território vivido pelos sujeitos em suas dimensões existenciais e políticas, de modo que a narrativa destes, descontextualizada da história de sua inserção em seu território faz com que sua fala perca seu lugar como agente da história e da política.

Reis (2000) fez estudo sobre narrativas nas quais as histórias pessoais de alguns moradores do Paranoá apresentaram íntima relação com a luta por moradia, água e pela oferta de alfabetização de jovens e adultos nessa região. O Paranoá originou-se do acampamento de obras da construção de Brasília em 1957. Com o término da construção da barragem do Lago Paranoá, em 1960, o governo permitiu que as famílias continuassem a morar lá.

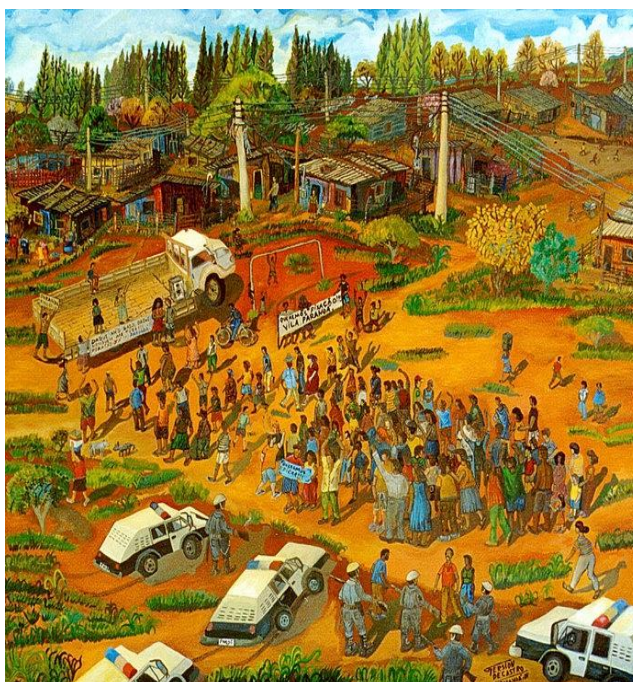


Figura 1: *Mais um dia de Protesto* - Gersion de Castro

Com o passar do tempo, a região chegou a ser o maior assentamento urbano da capital, com a necessidade de os moradores antigos ampliarem seus barracos e com a vinda de migrantes pelo êxodo rural brasileiro, especialmente nas décadas de 1970 e 1980. A partir daí, o aumento da população assustou tanto o governo quanto os

moradores antigos, de modo que foram iniciadas ações violentas do governo para desalojar os moradores e mandá-los para outras regiões, especialmente, porque o Paranoá situa-se entre duas regiões com moradores com alto poder aquisitivo de Brasília (Lago Norte e Lago Sul).

Nesse momento, aqueles migrantes que haviam construído a região na qual moravam eram expulsos violentamente, situação que se repetiu em diversas regiões do Distrito Federal. É importante notar a situação na qual aqueles que construíram a cidade com seu suor e luta não puderam residir na região, com a tentativa do governo de alojá-los em locais mais distantes das regiões centrais.

Reis (2000) destaca que sendo rotulados pela alcunha de “invasores” dada pelo governo, os construtores de Brasília foram alçados à posição de ilegalidade e crime. Em 1988, ocorre um evento que marcou a história da luta pela fixação dos moradores do Paranoá, “O Barracaço”, que permitiu a fixação dos moradores em agosto desse mesmo ano. Apresentamos narrativa de militante do período que representa como ocorreram esse processo de luta pela moradia e o enfrentamento entre diferentes grupos políticos da comunidade e o governo:

*(...) Ocorre, então, o Barracaço. Nos mobilizamos. Nos organizamos. E de uma noite para o dia, construímos 1.500 barracos de madeira. Isso, em 1988. A Polícia veio com tudo, para derrubar tudo e a gente não deixou por menos, não! A gente construiu barricadas também. Nos não estávamos tão desmobilizados assim. (...) Os barracos começaram a ser construídos e a polícia e o aparato de guerra veio pelo Lago Norte. Cercaram todo o Paranoá. (REIS, 2000, p.33).*

Apesar de parte desse processo histórico não ser conhecido por alguns moradores da região, consideramos importante situar como essa luta pela moradia e pela sobrevivência estão presentes, até hoje, direta ou indiretamente, no cotidiano deles. O estudo de Reis comenta como a luta pela moradia permitiu a organização política de diversos segmentos da cidade, culminando na criação de grupo de alfabetização de jovens e adultos, e do Centro de Cultura e Desenvolvimento do Paranoá – CEDEP.



*Figura 2: Arteiros do Pau de Sebo - Gerson de Castro*

Ao mesmo tempo, discute o modo como – na conquista pela fixação dos moradores – os construtores de Brasília foram retirados de onde moravam, local que se tornou um parque vivencial (região que os antigos moradores, atualmente, chamam de “Paranoá Velho”). É discutido por Reis (2000) que, ao se mudarem para o Paranoá “novo”, os moradores perderam os laços de vizinhança, e após a conquista da fixação, houve certa perda da mobilização que havia até o momento.

Fazemos esse breve relato histórico acreditando que não podemos compreender a narrativa dos moradores do Paranoá sem situar as lutas populares pelas quais eles passaram. Acreditamos que, mesmo sem conhecer essas lutas, aqueles que moram na região encontram-se situados nesse processo histórico e, até hoje, estão envolvidos em aspectos da vida em comunidade oriundos desse processo. Cabe contextualizar que, até hoje, há processo na justiça em relação à legalização dos lotes conquistados no Paranoá. Portanto, como aparecerá na narrativa analisada, mesmo atualmente, a luta pela moradia é uma realidade concreta no cotidiano dos moradores do Paranoá.

Em relação à participante da pesquisa, ela viveu durante esse período de luta pela moradia, além de relatar que teve um familiar como liderança, de modo que discutiremos aspectos de sua narrativa em relação a isso, posteriormente. Acreditamos que a clínica dos CAPS é construída em território existencial e comunitário, portanto, a revisão histórica desses processos é fundamental, segundo proposta de clínica nômade (ROLNIK, 1997) e sensível à dimensão da cultura e das lutas populares (VASCONCELOS, 2009).

## 5.8 Questões éticas

Tomamos o cuidado ético de informar aos participantes que as entrevistas realizadas não estavam inseridas como atividades terapêuticas nem vinculadas a qualquer tipo de benefício ou perda associada ao tratamento. O pesquisador principal deste projeto é Psicólogo do CAPS em questão, portanto foi feita, tanto em TCLE quanto durante todo o processo de realização da pesquisa, a diferenciação entre os momentos de pesquisa e os espaços de cuidado ofertados pelo CAPS do Paranoá.

Ao mesmo tempo, partindo das reflexões da pesquisa em Psicanálise, compreendemos a influência que o processo de pesquisa exerce sobre a relação transferencial entre pesquisador e usuário. Em relação a isso, reforçamos a responsabilidade de, mesmo após o término da pesquisa, estarmos disponíveis para acolhimento a demandas que surgirem decorrentes do processo de pesquisa. Nasio (2001) recomenda que, com a conclusão do estudo, este deve ser apresentado ao sujeito, permitindo que ele leia e autorize o trabalho escrito. Nesse sentido, se vale das orientações de Freud, ao propor que, preferencialmente, a pesquisa seja realizada apenas depois de concluída a análise, para que aquela não interfira no processo de análise. Mezan (1998) retoma Freud (1937/1996), reforçando a necessidade de omitir dados identificatórios irrelevantes à análise, utilizando os aspectos mais profundos da relação analítica que não permitem a identificação do sujeito. Acreditamos que, com a necessidade de desenvolver novos dispositivos clínicos na atenção psicossocial, não podemos aguardar o fim do processo terapêutico. Apesar disso, com os cuidados éticos, descritos anteriormente, é possível construir o conhecimento em saúde mental reconhecendo a autoria do sujeito sobre seu saber, sem identificá-lo nem prejudicar seu tratamento. Consideramos que os efeitos da realização da pesquisa no tratamento devem ser levados à relação transferencial e trabalhados à luz das questões que vinham sendo construídas anteriormente ao início da pesquisa.

Alguns autores defendem que, no campo da saúde mental, as entrevistas podem consistir em momentos de acolhimento e sensibilidade ao sofrimento do outro, apesar de não ser o objetivo central (MIRANDA & ONOCKO CAMPOS, 2010). Vasconcelos e cols. (2006) trazem alguns pontos a serem considerados em relação aos desafios éticos no estudo de narrativas. Inicialmente, devem-se considerar as dificuldades da construção da narrativa como reconstituição subjetiva de uma história pessoal dolorosa,

uma vez que muitos usuários ainda estão em processo de elaboração inicial de sua vivência, na busca de dar contorno à experiência vivida.

Outra questão levantada por Vasconcelos e cols. (2006) é o cuidado com o qual deve ser realizada a transcrição das falas, para que, na passagem da fala emotiva, não seja perdida a carga expressiva e catártica. A passagem do poeta Patativa do Assaré, utilizada na apresentação deste capítulo, parece demonstrar os limites que a transcrição e a passagem de mecanismos orais de transmissão do saber ao registro escrito apresentam. Conforme discutimos, Winnicott (1971/1984) não acreditava que a gravação e a transcrição de falas permitiam acesso fidedigno às questões relativas à transferência. Apesar disso, acreditamos que a gravação das entrevistas narrativas permite que voltemos ao material diversas vezes, nos permitindo associar livremente junto ao sonhar do usuário, mesmo após a conclusão da entrevista. O uso de diário de campo, durante a pesquisa, e referente a anotações anteriores a esta, também permite que sejam acessados aspectos da relação transferencial e da construção narrativa, para além da entrevista.

O projeto foi submetido à apreciação do Núcleo de Ensino e Pesquisa – NEPS do Hospital do Paranoá, visando à aprovação da pesquisa pelo Diretor do Hospital e pelo Gerente do CAPS. Após a aprovação de ambos, o projeto foi enviado ao comitê de ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal – FEPECS, respeitando a Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado (anexo 3). Foi lido, conjuntamente com o usuário e/ou com o acompanhante (para casos nos quais o usuário possui responsável legal), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

Colocamos a responsabilidade ética de encerrar a entrevista a qualquer momento, caso esta abrisse campos de sofrimento com os quais o participante não conseguisse lidar. Assim me coloquei à disposição para acolhimento do participante, ou para realizar encaminhamento deste a outro profissional da instituição caso fosse necessário. Conforme estabelecido na Resolução número 196/1996 IV – 3 A, do Conselho Nacional de Saúde, foi avaliado pela equipe multidisciplinar e pelo pesquisador se o usuário tinha autonomia para assinar o TCLE, ou se era necessário autorização do representante legal, realizando avaliação psicossocial, segundo estabelecido nos critérios de exclusão acima, utilizando os seguintes indicadores:

diagnóstico padronizado pela Classificação Internacional de Doenças – CID 10, autonomia no desempenho das atividades de vida diária e condição psíquica por meio de anamnese psicológica, além de ter sido avaliada a condição legal (se está sob curatela ou não).

O pesquisador principal fica responsável em manter em sigilo as identidades dos participantes da pesquisa. Permanece a responsabilidade de também apresentar o relatório final da pesquisa à equipe técnica do CAPS II do Paranoá, por comunicação oral dos resultados em reunião de equipe, com o objetivo de que sua ação possa propor discussões na equipe e sirva como modo de avaliação das ações realizadas por ele. Especialmente em relação às gravações das entrevistas, às transcrições e aos demais materiais que expõem dados identificatórios dos sujeitos, todos serão mantidos sob a responsabilidade do pesquisador e serão destruídos após o fim da pesquisa.

## Capítulo VI

### Construção da Narrativa

#### 6.1 Narrativa de Fátima<sup>8</sup>

Conheci Fátima em 2009, quando era participante de grupo de extensão e coordenava grupo terapêutico de convivência no CAPS do Paranoá semanalmente. Em momento de encerramento do grupo, ela participou e – chorando – cantou a música “Pavão Misterioso”. Falou sobre lembranças que a música lhe evocava em relação aos festejos e serenatas que participara no passado. Ela não frequentava o grupo semanalmente, porém estava na sala de espera aguardando consulta psiquiátrica e pediu para participar daquele momento final de compartilhar, ao escutar a música que o grupo cantava na ocasião.

Ao final do grupo, conversei com ela individualmente sobre sua vivência, e ela me contou que tinha interesse pelos espaços nos quais podia cantar e dançar no CAPS. Dizia que sua experiência vivida nesses espaços aproximava-se à sua prática em Centro de Umbanda e às suas lembranças de festejos populares quando morava no “Paranoá Velho” (este termo faz menção à discussão da história do Paranoá, que foi trazida em capítulo anterior). Ela falava também que, quando participava de saraus e outras atividades culturais no CAPS, sentia que as pessoas à sua volta não “acreditavam” que ela era “doente” e “crônica”.

Cabe contextualizar este primeiro encontro como o momento transferencial no qual me senti tocado em relação à história de vida de Fátima. Havia algo que versava sobre o meu lugar entre o papel de Psicólogo e analista no serviço, com minhas experiências com mestres de grupos de cultura popular em outros espaços. Diferentemente de outros usuários no CAPS, os quais traziam suas experiências na cultura popular como algo que não interessava ao tratamento, Fátima relatava essas como suas questões centrais e tinha interesse em participar de espaços no CAPS, nos quais pudesse recontar suas histórias. Retomo a música “Pavão Misterioso” – do músico Ednardo – que versa sobre “muitas histórias para contar”, nesse “eterno brincar”, o que

---

<sup>8</sup> Nome fictício.



será compreendido como uma metáfora para sua narrativa, posteriormente:

<i>Pavão misterioso</i>	<i>Pavão misterioso</i>
<i>Pássaro formoso</i>	<i>Nessa cauda</i>
<i>Tudo é mistério</i>	<i>Aberta em leque</i>
<i>Nesse teu voar</i>	<i>Me guarda moleque</i>
<i>Ai se eu corresse assim</i>	<i>De eterno brincar</i>
<i>Tantos céus assim</i>	<i>Me poupa do vexame</i>
<i>Muita história</i>	<i>De morrer tão moço</i>
<i>Eu tinha para contar...</i>	<i>Muita coisa ainda</i>
	<i>Quero olhar...</i>

Naquele momento, Fátima tinha projeto terapêutico no qual fazia caminhada, no parque vivencial do Paranoá, e frequentava consultas com Psicólogo e Psiquiatra. Com o tempo, percebi que seu interesse pela atividade de caminhada estava relacionado a ela poder revisitar suas lembranças do “Paranoá Velho”, já que o local de sua casa, na qual havia passado a infância, ficava no circuito da caminhada. Ela ajudava a enfermeira (responsável pelo grupo) na coordenação dessa atividade, sempre interagindo com os demais e acolhendo as pessoas à sua volta. Muitas vezes, dizia que aquele era “seu lugar” em sua rotina de revisitar suas lembranças semanalmente.

Ao mesmo tempo, me chamava atenção o pedido dela em ser reconhecida, tanto como “doente”, quanto como alguém que narrava sua história por meio de músicas da cultura popular e aspectos de uma religião afro-brasileira. Nesse momento, eu vinha refletindo sobre como a maioria dos usuários do CAPS chegavam aos grupos e às consultas identificando-se como “doentes”, “crônicos”, “depressivos” e “sem cura”. Enquanto isso, quando fazíamos atividades a partir de suas histórias de vida, eles falavam acerca de sua inserção criativa *com* experiências culturais. Porém, geralmente, referiam-se ao seu passado, já que não conseguiam manter sua construção criativa *com* aspectos da cultura popular após a primeira crise.

Nos esforços do CAPS em medicar e ocupar o cotidiano dos usuários com grupos terapêuticos, muitas vezes as crises eram “controladas” em seus aspectos produtivos. Assim, não havia um cuidado que partisse desses mesmos aspectos para sugerir novas possibilidades de construção de projetos de vida. Nesse sentido, me

parecia que desconsiderávamos o pedido esperançoso de socorro que estava inscrito na comunicação inconsciente pelo sintoma (WINNICOTT, 1953/1993). Assim, corríamos o risco de não tolerar a apresentação de sintomas, o que mantinha os casos “estáveis”, ao apenas apresentarem sintomas negativos<sup>9</sup>. Uma vez que os usuários não incomodavam as pessoas à sua volta com sua apresentação de “estabilidade”, alguns casos eram encaminhados para ambulatório de psiquiatria, sem nenhuma mudança considerável em relação a seu projeto de vida e às suas vivências de sofrimento. Cabe retomarmos que a tentativa de manter os casos “estáveis” diz respeito à necessidade de controlar os chamados “Transtornos Mentais”. Conforme discutimos, em capítulo anterior – pela ótica do sofrimento psíquico grave (COSTA, 2010a) – mudamos nosso foco para as vivências de angústia intensas, estejam elas presentes junto a sintomas produtivos ou não.

Fui contratado como Psicólogo do CAPS, em 2010, quando comecei a atender Fátima na modalidade das *consultas terapêuticas*<sup>10</sup>, com periodicidade entre quinze dias e um mês. Atualmente, Fátima tem 46 anos e faz tratamento no CAPS do Paranoá há quatro anos. Ela havia sido acolhida no CAPS, com a queixa de ter crises de “pânico”. Realizou tratamento com neurologista desde criança, após sofrer trauma crânio-encefálico por causa da surra que levou da mãe. Esse conteúdo já demonstrava o lugar de Fátima como sobrevivente, desde criança. Ela havia realizado tentativa de suicídio em 1996, o que tinha motivado seu início de uso de medicamentos antidepressivos. Em consultório, ela dizia sentir-se “inútil”, “fedida” e “suja”. Fazia referência a não merecer viver e não ser importante para ninguém à sua volta.

Ela disse ter recebido o diagnóstico de “Síndrome do Pânico”, apesar de, em seu

---

<sup>9</sup> O manual diagnóstico DSM IV (APA, 1994) realiza a discussão em torno dos Transtornos Mentais, essencialmente, a partir de sua apresentação em sintomas positivos ou psicóticos (por exemplo: delírios e alucinações); e sintomas negativos ou deficitários (por exemplo, embotamento afetivo e apatia). Conforme discussão em capítulo anterior, apesar de reconhecermos as contribuições das classificações psiquiátricas, estas não têm como preocupação central o cuidado ao sofrimento psíquico grave, mas à remissão de sintomas dos “Transtornos Mentais”.

<sup>10</sup> No CAPS, os Psicólogos também realizam atendimentos individuais, em consultório, ou na modalidade de acompanhamento terapêutico. Apenas alguns casos mantêm atendimento individual, já que os grupos terapêuticos são recursos centrais na reforma psiquiátrica (LANCETTI, 1993). Cada usuário elabora projeto terapêutico, junto com seu técnico referente, no qual geralmente mantém consultas individuais com Psiquiatra e grupos terapêuticos. Aqueles casos que apresentam demandas endereçadas a espaços individuais mantêm consultas terapêuticas com diversos fins, desde o trabalho em relação à sua inserção social, até intervenções em relação a vivências de sofrimento agudas. Conforme discutimos, em capítulo anterior, apesar de estes não consistirem em espaços de tratamento analítico, participo deles com a escuta analítica e a presença sensível. Com isso, utilizo algumas das reflexões de Winnicott (1971/1984) em relação à função das consultas terapêuticas.

prontuário, constar diagnóstico de Transtorno Ansioso não especificado. Segundo nossa ótica, esse diagnóstico versa sobre duas características constitutivas aos seres humanos, a ansiedade (vivida existencialmente pelo ser humano como angústia) e a existência de sofrimentos que não podem ser especificados, apenas pela apresentação de sinais e sintomas. Apesar disso, quando escritos juntamente a uma numeração classificatória, “fecham” um diagnóstico que promete ser atóxico e neutro. Discutiremos, posteriormente, as implicações desse diagnóstico para o processo de autorreconhecimento de Fátima como “doente”.

Fátima tem também uma irmã que faz tratamento no mesmo serviço, a qual sempre foi tema dos espaços clínicos de que Fátima fazia parte. Relatava que a irmã dela sempre “roubava” suas coisas. A irmã me procurava – no CAPS – para saber o que eu conversava com Fátima, em consultório, querendo contar-me sobre questões que Fátima podia “não querer trazer”. Quando eu falava sobre o sigilo em relação às questões discutidas e de ela perceber sua necessidade em falar da irmã como uma demanda sua, ela sentia-se angustiada e buscava, por outras vias, saber dos temas das sessões. Isso me parecia apresentar a dificuldade de ela não ter acesso a aspectos da vida de Fátima, o que ambas questionavam. Ao mesmo tempo, Fátima trazia falas em relação à sua irmã ter podido trabalhar e ter sido reconhecida como a filha “querida”. Enquanto isso, Fátima dizia não “merecer nada”, o que parecia referir-se a ser reconhecida pelas pessoas à sua volta e à sua competição com a irmã pelo amor da mãe.

Progressivamente, a equipe buscou recursos clínicos que promovessem a separação entre essa necessidade de elas manterem suas questões indiferenciadas. Isso versava sobre o prazer que elas tinham em manterem-se unidas, por considerarem-se “doentes” e disputarem entre si o reconhecimento de quem seria “mais doente”. Ao mesmo tempo, tinha relação com o sofrimento de Fátima, ao sentir-se “roubada” pela presença excessiva de sua irmã em sua vida. Parecia que, após a morte da mãe delas, cabia a elas reconhecerem-se uma a outra como doentes e levarem sua competição – pela via da transferência – às outras pessoas à sua volta.

Desde os primeiros encontros, Fátima dizia ser “crônica” e que só havia sido reconhecida como digna de receber cuidados pela mãe após ser diagnosticada com Síndrome do Pânico. Relatava ter apanhado muito da mãe, na infância, o que só foi diminuído após ela demonstrar – por ser “doente” – que merecia atenção diferenciada.

Parecia que, com o diagnóstico, Fátima podia ter um nome, reconhecimento. Porém, este era recebido com o preço pago ao só poder existir como “doente”. Por isso, surgia sua apresentação “crônica”, de quem não podia existir para o outro se não tivesse uma “doença”, inclusive, mais grave que a da sua irmã.

Se retomarmos a etimologia da noção de cronicidade, ela faz referência ao *chronos*, ao tempo. Assim, refere-se a algo que paralisa a possibilidade de projetar a existência, ao não poder agir sobre o tempo. Fátima parecia acreditar que a continuidade de sua existência só podia ocorrer às custas do sintoma psiquiátrico, de modo que só lhe restava a possibilidade de assumir a cronicidade. Ao mesmo tempo, retomamos a colocação de Viganò (1999), ao conceituar a cronicidade como a adesão a programa de vida imposto, de fora de sua singularidade e de sua expressão subjetiva. Uma pergunta importante que coloquei a ela, naquele período, foi em relação a quais seriam os possíveis nomes e as formas de reconhecimento que ela própria poderia propor para si, dentro de sua experiência cultural e história singular. Com isso eu buscava que ela pudesse assumir sua expressão singular e em suas experiências *com* a cultura popular, como padrão de sanidade (MOFFATT, 1982).

Fátima relatava que suas “crises” aconteciam quando ela andava de ônibus, ou ia para locais que não estivessem em seu cotidiano, especialmente em sua dificuldade de sair do Paranoá. Relembrava duas cenas que dizia não conseguir esquecer, oriundas de sua infância. Aproximadamente, com oito anos de idade, havia visto um homem masturbando-se perto dela, o que, em suas palavras, lhe trouxe sensação de “medo” e “falta de proteção” no período. Ela chamava-o de o “louco” da rua. Logo após falar disso, contava outro momento – também com idade próxima – no qual, andando de ônibus, viu uma cena de atropelamento. A cena lhe trouxe o primeiro contato concreto com a morte, sobre a qual, até então, ela nunca havia pensado. No contexto das consultas terapêuticas, tive acesso a essas cenas poucas vezes, de modo fragmentado. Muitas vezes não conseguíamos trabalhar com tais cenas, devido à falta de periodicidade das sessões, e porque essas questões não apareciam em outros espaços terapêuticos do CAPS.

Apesar disso, as cenas pareciam reportar-se a agonias impensáveis e indizíveis. Fátima contava de cenas que, apesar de advirem da idade de 8 anos, versavam sobre agonias primitivas que a lançavam ao risco de cair em estado de não integração e perda

do senso do real (WINNICOTT, 1963/1994). Sua apresentação estética na sessão era de estado caótico e irrepresentável. Por outro lado, essas cenas também faziam referência à sua luta pela sobrevivência, desde seus primeiros anos de vida, e ao seu medo de perda da sustentação dada pelo ambiente.

Fátima falava, entretanto, que sentia “saudades” das experiências vividas no “Paranoá Velho”, contando o modo como se sentia acolhida e conhecia as pessoas à sua volta no passado. Com isso, dizia que tinha sido “enterrada junto com os antigos lotes”, referindo-se à transposição de sua casa na antiga Vila Paranoá (“Paranoá Velho”) para a atual cidade do Paranoá. Em alguns momentos, a equipe de profissionais do CAPS avaliava que ela estava em tratamento apenas por “ganhos secundários”. Com isso, por diversas vezes discutiram as possibilidades de encaminhá-la para ambulatório de Psiquiatria, considerando que ela não tinha demanda de atendimento em serviço de atenção psicossocial. Ela permanecia no serviço por ter vínculo com os profissionais e usuários, além de ter apresentado ganhos em relação ao seu projeto de vida.

Nas atividades realizadas na comunidade, especialmente, nos saraus no parque vivencial do Paranoá (local onde era situado o “Paranoá Velho” no passado), ela sempre trazia várias danças e músicas que havia aprendido, na infância. Falava do modo como, nessas atividades, ela podia não ser vista como alguém “diferente” e não sofria “discriminação”, assim como acontecia em Centro de Umbanda que frequentava. Dizia que a equipe acreditava que ela não tinha uma “doença grave”, porque “aparentava estar feliz” nessas atividades. Uma vez que foi dado diagnóstico nosológico pela equipe do CAPS para que ela se identificasse e pudesse ser legitimada como doente, criticávamos seus ganhos secundários com o tratamento. Por outro lado, havia atividades no CAPS para que ela pudesse voltar a entrar em contato com aspectos de sua história de vida, os quais lhe permitiam a busca do *self*. Com isso, abria-se uma possibilidade para que ela pudesse ser algo mais do que uma “doente crônica”.

Mantive atendimento com ela – em consultório – por, aproximadamente, um ano. Nesse período, ela sempre buscava confirmar comigo as datas e os horários das próximas sessões, repetindo diversas vezes: “Você está lembrado de nossa consulta?”. Com o tempo, fui percebendo que essa atitude de “me lembrar” das consultas tinha relação com o medo de ser esquecida. Esse medo me evocava passagem de Winnicott (1960/1983), na qual discute o falso-*self* como modo de o *self* esconder-se, porém, tendo

como maior preocupação nunca ser encontrado (como um tipo de jogo de esconde-esconde). Eu notava que a própria organização do CAPS fazia com que predominasse a lógica na qual, nem sempre, havia *setting* seguro, em relação ao tempo dos encontros e à confiabilidade ofertada pelos espaços. Por outro lado, a clínica da atenção psicossocial permitia que nossa prática não estivesse restrita aos atendimentos individuais, de modo que pudesse adaptar o *setting* às demandas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave e às possibilidades de ela ser “lembrada” em diversos espaços do CAPS.

Se examinarmos a história pessoal de Fátima, o ato de “me lembrar” das consultas trazia a esperança inconsciente de revelar-se e de ser reconhecida, para além de sua “doença” e “cronicidade”. Após esse primeiro momento, de buscar construir *setting* confiável e adaptado às necessidades dela, nós entramos em contato com aspectos de sua relação com a irmã e com a necessidade em manter o “Paranoá Velho” como lembrança, para não entrar em contato com a realidade externa. Apesar disso, eu sentia que não conseguia entrar em contato com dimensões do sofrimento de Fátima, em relação às lutas populares do Paranoá e às vivências dela *na e com* a cultura popular.

Depois disso, em meados de julho de 2011, fiquei algum tempo sem atendê-la, devido ao fato de ela precisar cuidar dos netos em alguns horários, o que a impossibilitava de vir ao CAPS. Atualmente, ainda a atendo mensalmente. A partir de sua demanda em elaborar sua saída do “Paranoá Velho” e de seu interesse na atividade de caminhada, sugeri a ela que mudássemos nossos atendimentos para fora do CAPS, pela proposta de uma clínica peripatética (LANCETTI, 2008). Assim, atualmente, mantemos atendimentos nos quais estamos caminhando juntos pelo parque vivencial no Paranoá, de modo que ela vem contando suas histórias sobre suas vivências no “Paranoá Velho”. Foi a partir desse processo que a convidei para participar de minha pesquisa de mestrado.

A entrevista foi realizada na casa de Fátima, onde ela vive com a filha e os netos. Ela me recebeu em um dos cômodos da casa, apesar de, em diversos momentos, os netos virem pedir-lhe ajuda. A filha dela chegou, no fim da entrevista, e também falou um pouco sobre si. Durante toda a entrevista, Fátima estava dividida entre a casa e os cuidados dedicados aos netos, enquanto falava. Essa imersão na casa dela já me trouxe referencial estético de sua vivência no cotidiano, já que ela também ocupa o papel de “mãe” (cuidadora) de seus netos, além de lutar diariamente pelo sustento financeiro da

casa. Ela diz, mais à frente na narrativa, que levanta para buscar pão e leite, cuidar dos netos e frequentar seu tratamento todo dia às seis da manhã. Além disso, usa parte de seu tempo para resolver pendências que têm com a justiça em relação à escritura de seu lote. Apesar de receber Benefício de Prestação Continuada – BPC, e, com isso, não realizar trabalho remunerado, narra cotidiano de “lutas” e muitas atividades diárias.

### **6.1.1 Paranoá Velho: o seu lugar no passado, “onde menino brincava”**

A entrevista com Fátima é iniciada sem que eu lhe faça perguntas. Antes de eu ligar o gravador, Fátima já estava conversando sobre as dificuldades em cuidar dos netos e o início de sua “doença”. Discute o que considera ser sua “doença”, e como foi seu tratamento, até, finalmente, receber o diagnóstico que lhe permitiu ser reconhecida como tendo “Síndrome do Pânico”, identificada por ela como algo “crônico”. Assim, assume que não pode deixar o uso de psicofármacos:

*Fátima – Quando a minha mãe tinha três meses de morta, eu já tomava remédio na época, só que, era assim, Doutor João<sup>11</sup>, ele passava remédio, quando eu tava equilibrada, ele suspendia, não passava mais, aí, eu, vinha a crise. Tornava a passar, tornava a suspender. Como é crônica, ele não deveria ter parado os remédios, mesmo eu no equilíbrio, sem ter crise, nem nada, ele não podia parar os remédios. Ai quando minha mãe morreu, com uns três meses que a minha mãe morreu, eu fui tentar pegar o ônibus para trabalhar... Eu peguei o ônibus, aqui na dez, e, na doze, eu desci e corri pro posto (de saúde). A Síndrome do Pânico. Parecia que tinha gente lá no ônibus querendo me pegar.*

*– Ai teve tempo de eu sair, do Varjão, no Lago Norte, e vir a pé por causa da Síndrome do Pânico. A Síndrome não adianta que ela vai me acompanhar o resto da vida. Graças a Deus tudo que eu preciso tem aqui a não ser os remédios que eu tenho que pedir alguém para buscar. Tudo, do banco à administração, tudo é aqui perto, a única coisa mais longe é a delegacia, mas, isso aí, é o de menos.*

*– Porque você sabe da minha doença, e se eu for para outro lugar, e tiver*

---

<sup>11</sup> Nome fictício.

*que pegar ônibus, eu não vou dar conta, aí vou ter que parar o tratamento, e daqui ninguém... Só Deus para me tirar daqui. E assim estou, até hoje, aqui.*

Reclama que demoraram em lhe dar um diagnóstico e um tratamento. Ao mesmo tempo, diz não ter jeito, que a “Síndrome” vai acompanhá-la pelo resto da vida. Reclama da falta de continuidade do tratamento, no passado, e da fuga que ela teve das situações que lhe provocariam “a crise”. Isso, atualmente, a deixa fora da crise, mas também com limitações em poder habitar o mundo, já que ela não pode pegar ônibus e crê que não pode trabalhar. Diz diversas vezes que “não dá conta” e que são os remédios que a mantêm fora da crise. Endereça a mim o lugar de quem “sabe de sua doença”, pedindo um reconhecimento de sua cronicidade e limitações.

Apesar de ela referir-se à “Síndrome do Pânico”, quando narra sua crise, relata aspectos paranoides, já que haveria pessoas no ônibus querendo lhe “pegar”. A crise ocorre, logo após a mãe morrer, no caminho para o trabalho. Depois dessa, ela nunca mais consegue reconstruir seu lugar no mundo pelo trabalho, e consegue aposentadoria por se considerar inválida para o trabalho. A partir daquela vivência, não sai mais do Paranoá, como meio de não correr o risco de entrar em contato com os aspectos da realidade que podem deixá-la “em crise”. Situa, em vários momentos, a proximidade entre a primeira crise e a morte da mãe, em relação às situações nas quais não consegue mais ir a lugares com que não está acostumada, nem pegar ônibus, e fica restrita a alguns lugares do Paranoá.

Nesse sentido, podemos retomar as colocações de Freud (1926/1966) ao compreender a formação de sintomas como uma comunicação inconsciente que visa proteger o ego de situações de angústia. Fátima busca proteger seu ego das situações de perigo que lhe provocariam angústia, o que a impede de viver *com* o mundo. Por um lado, esse mecanismo pode manter Fátima afastada de situações que lhe causem sofrimento. Por outro, faz com que ela perca uma série de possibilidades de habitar o mundo e de projetar sua existência.

Em outro momento da narrativa, Fátima começa a falar de sua saída do “Paranoá Velho” como uma de suas fontes de sofrimento. Fala também sobre sua vontade de “viver no passado”:



*Fátima* – *Ai é muito difícil, Filipe, porque, de repente, ter uma mudança. Eu já tinha essa doença né, aí agravou mais um pouco. Aí, com a morte da minha mãe, aí que agravou mesmo. Porque eu nunca saí daqui. Eu fui criada mais pela minha avó, pelo meu avô aqui, que moravam aqui também né. Aí, quando eu adoeci, que minha mãe me levou para morar com ela.*

– (...) *Você se vê num lugar que é seu, para vir para outro que é totalmente estranho, é difícil, eu nunca me esqueci daquilo. Minha menina fala “mãe a senhora vive no passado”. Eu gosto de viver no passado de que enfrentar o presente (repete).*

*Pesquisador* – *Como eram as coisas lá no passado?*

*Fátima* – *No passado? Com muito sofrimento, mas todo mundo se conhecia, essa violência que tem hoje, não tinha lá. Quando alguém falecia, a gente, era novidade, todo mundo ia pro enterro, todo mundo ia pro velório, aqui não, aqui é banal. (...) Mesmo com tanto sufoco, Filipe, porque lá a gente não tinha água encanada, era na mina, a gente descia a ladeira, subia a ladeira, mas eu achava melhor lá que aqui, porque lá menino brincava, tinha espaço para brincar, tinha o verde, tinha rio perto.*

Fátima viveu no “Paranoá Velho”, desde seu nascimento (morou em outras regiões por breves períodos), até a sua vida adulta. Mudou-se para a região da atual cidade do Paranoá com a transposição dos moradores em 1993. A mãe dela foi uma liderança política e fez parte de movimento dos antigos moradores que lutaram pela fixação dos moradores no Paranoá. A mãe também foi contra a mudança dos lotes para a nova região cedida pelo Governo, porém, com a promessa de receber um lote com escritura, aceitou mudar-se.

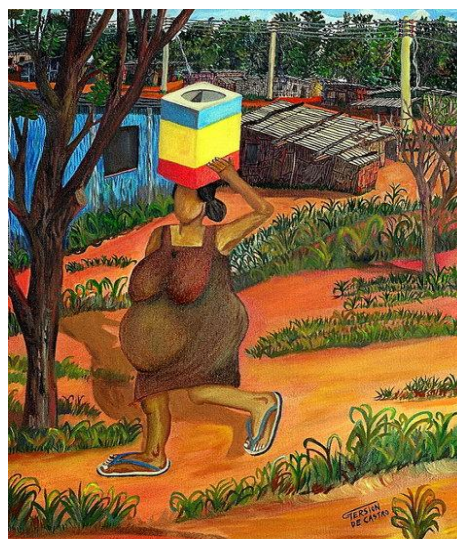
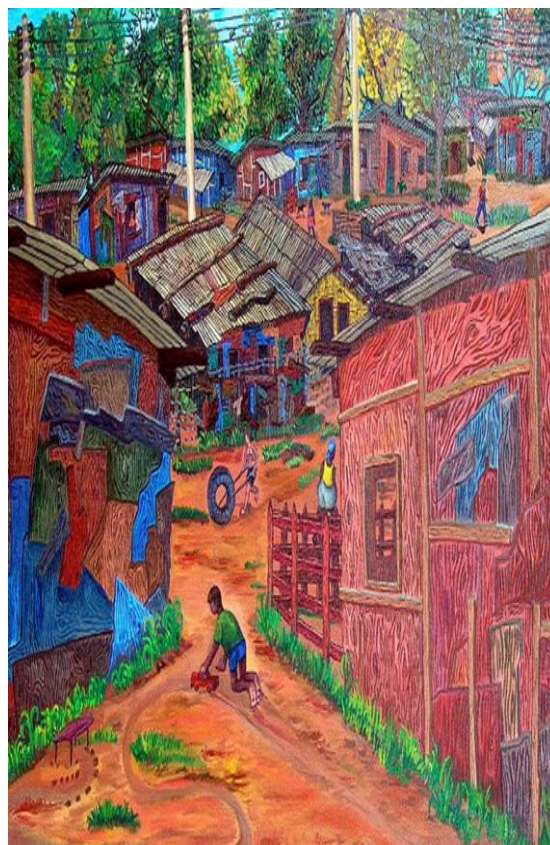


Figura 3: Lata D'Água na Cabeça – Gerson de Castro

No período da mudança, Fátima já era casada e morava com o marido e a filha. Apesar disso, mantinha relação de proximidade com a mãe, especialmente, ao ser

cuidada, por estar “doente”. Em sua narrativa, relata que, no momento em que “adoece”, a mãe dela a leva para morar com ela. Situa seu pertencimento ao “Paranoá Velho”, um “lugar que é seu”, no qual havia a possibilidade de as crianças brincarem em espaço mais aberto, verde, sem tanta violência<sup>12</sup>. Fala que não consegue esquecer a saída do “Paranoá Velho”, ao dizer que teve que sair de um lugar que era “seu” para outro que lhe parece ser “estranho” até hoje.

Narra um “passado” no qual tinha piores condições econômicas e de infraestrutura que as que têm atualmente. Apesar disso, diz que os moradores viviam os eventos da cidade juntos, e podiam ter interlocução nas experiências que compartilhavam, já que lá “menino brincava”. Essa passagem me evoca as lembranças dela de menina brincando. Uma menina que frequentava serestas e serenatas, que me chamou a atenção, quando cantava a música “Pavão Misterioso”. A obra de Gersion de Castro (2009), morador do “Paranoá Velho”, representa esse lugar em que menino brincava – inserido nas lutas populares – com seus modestos recursos econômicos e de infraestrutura.



*Figura 4: Inocência na infância – Gersion de Castro*

Em minha relação transferencial com ela, talvez eu visse algum tipo de “Pavão Misterioso”, por detrás de alguém que pedia para ser chamada de “doente crônica”. Um “mistério” que me convidava para sua história de vida, ao mesmo tempo em que mexia com minhas vivências na clínica do sofrimento psíquico grave. Com a narrativa, vai

---

<sup>12</sup> Segundo estatística da CODEPLAN-DF (2011), o Paranoá é a terceira Região Administrativa mais violenta do Distrito Federal, em relação ao número de homicídios por habitante. Por outro lado, a Vila Paranoá também viveu confrontos violentos entre moradores e a Polícia Militar, durante o período das ocupações (REIS, 2000). Cabe destacar aqui que Fátima está falando de um tipo de violência a que se refere a alta taxa de homicídios, além de a violência não estar situada na luta política por melhores condições de vida.

acontecendo esse movimento de ouvir e reconstruir com ela sua história de vida, revelando aspectos de seu *self*, mas mantendo também algum mistério que convida a narrativa a não ser fechada. Como a música sinaliza, existe a busca do “pavão” por um “eterno brincar”.

Nessa narrativa, construída *entre* nós dois, Fátima conta também como foi criada pela avó “naquele tempo”. Esses momentos parecem falar daquela menina que brincava e que tinha o próprio lugar na cidade. Nesse “tempo”, convivia com os familiares e participava de espaços de serenata:

*Fátima – Eu num, eu... Fui criada mais pela minha vó, então meu tio era solteiro, naquele tempo, a gente tinha aquela... Aquele tempo! Que fazia serenata. Que hoje ninguém faz mais serenata, hoje é botar o Cd lá e pronto! Então, tinha meu pai, também tocava meu irmão, batia a zabumba né, mas... Foi um tempo bom, um tempo que... Se pudesse voltar eu num tinha saído dele. Igual eu falei com as meninas, segunda-feira, eu falei, se o Agnelo falasse assim: “todo mundo que morava no Paranoá Velho voltasse”. Ah!! Eu era a primeira a botar a minha casa nas costas e já tava aqui! Voltava! Aí as meninas falam “Fátima, você tem que progredir e não regredir”. Eu falei: “então, deixa eu nem regredindo nem progredindo. Deixa eu, no meu canto, quieta, (rindo) com as minhas lembranças”. E assim, vai passando a vida...*

Em relação à discussão sobre “aquele tempo”, percebemos a vivência do passado como um “tempo” que não volta mais. Aparece como representação idealizada de um mundo que foi e só pode voltar pelo acesso à realidade interna, algumas vezes deslocada de sua vida no cotidiano que “vai passando”. Repete diversas vezes a expressão “aquele tempo”, referindo-se a algo que tem dificuldade em comunicar-me em sua intensidade vivida. Podemos notar que ela não consegue completar suas frases sobre “aquele tempo”, com uma série de lapsos em sua fala sobre “aquele”, no qual “tinha aquela...”. Parece ser um convite ao ouvinte poder compreender como ela habitava e podia brincar “naquele tempo”, construído por fragmentos de lembranças que, pelo risco de serem perdidas frente a novos tempos, tornaram-se idealizadas.

Cabe destacar que a vontade dela de “viver no passado” não quer dizer que todos

os aspectos do fazer cotidiano estejam dissociados da realidade interna. Pelo contrário, a atitude de resistência<sup>13</sup> busca um viver criativo, representado pelas lutas políticas e pelos pedidos de reconhecimento. Portanto, Fátima situa-se entre a postura de conformismo e resistência (CHAUÍ, 1993) em relação ao “Paranoá Velho” e as lutas cotidianas. O conformismo dá-se à medida que ela pede para que a deixem quieta com suas lembranças e diz ser impossível realizar o que fazia “no passado”. Já a resistência aparece nas próprias lutas cotidianas para manter a moradia e cuidar dos netos, assim como na participação dela em festejos do CAPS e do Paranoá. Assim, coloca-se nesse jogo de conformismo e resistência, característico do movimento de subversão e desconstrução dos aspectos da cultura hegemônica pela cultura popular (CHAUÍ, 1993).

Ela fala sobre sua vida “passando”, de modo que prefere “nem progredir, nem regredir”. As lembranças parecem mantê-la conectada ao “Paranoá Velho”, como momento no qual pôde “brincar”. Naquele “tempo”, as vivências eram marcadas pela “novidade” e podiam ser vividas em comunidade. Notamos certo fechamento dela em relação a experiências novas quando diz que “hoje, é colocar o Cd e pronto”. Também parece falar sobre a ausência de rituais nos espaços de que faz parte, como acontecia nas rodas de serenata. Ao mesmo tempo, fala sobre uma temporalidade que comporta o durar e o experimentar (SAFRA, 20006b). Versa sobre a oportunidade de sentar-se em uma roda de serenata e estar com a família que, hoje, encontra-se espalhada por diversas regiões do Distrito Federal. Durante a narrativa, repete, diversas vezes, o discurso idealizado em relação ao “Paranoá Velho”, com pedidos de deixarem-na quieta e não pedirem para ela viver o presente.

Ela apresenta função imaginativa – um tipo de brincar na cultura (WINNICOTT, 1968/1994) – como recurso esperançoso de projetar a própria existência em uma cena reparadora em relação à saída do “Paranoá Velho”. Conta que colocaria a “casa nas costas”, caso Agnelo (atual governador do Distrito Federal) falasse para eles voltarem para o “Paranoá Velho”. Ela formula a frase dizendo “eu falei”, e, logo depois, afirma que “se o Agnelo falasse”. Isso parece apresentar uma busca para que aspectos da realidade interna dela sejam encontrados na realidade, como fenômeno de *ilusão* (WINNICOTT, 1971/1992). Porém, logo depois, ela evoca a fala de “suas meninas” ao pedirem que ela lide com os aspectos apresentados pela realidade, o que faz com que ela

---

<sup>13</sup> Aqui estamos discutindo a resistência, segundo o jogo de conformismo e resistência da cultura popular, proposto por Chauí (1993). Portanto, não se refere ao mecanismo inconsciente do recalque.

chegue à conclusão de que “assim vai passando a vida”. A vida que passa é aquela que é vivida como destino inexorável, que não pode ser transformado e que paralisa o porvir como agonia (SAFRA, 2004). Por outro lado, o modo como Fátima habita o mundo em sua vida “passando” parece refletir uma tentativa esperançosa de reconstituir a vida que passou, por meio de aspectos do fazer cotidiano nas lutas populares.

É importante situar que a vivência de *ilusão* permeia também a inserção política de alguém que acompanhou – de perto – as negociações entre o governo e os moradores do Paranoá, brincando em meio às lutas populares do Paranoá. Nesse sentido, Fátima parece retomar o lugar de “Agnelo”, como o governador que teria o poder de restituir “seu lugar” no “Paranoá Velho”. Nesse trecho, aparece o brincar que a enraizava em uma comunidade, mesmo com muitas dificuldades de diferentes modalidades. Acontece aí o ‘brincar’ como potencialidade que ainda não encontrou na realidade externa a possibilidade criativa, porém que também não desistiu de construir um porvir nas experiências culturais (SAFRA, 2004).

Parece haver um movimento esperançoso inconsciente que, em alguns momentos, pode ser acessado por essa via imaginativa – a via da capacidade de sonhar. Apesar disso, logo depois, Fátima não consegue manter essa via, ao confrontar-se com aspectos da realidade externa, trazida pelas pessoas à sua volta. Com isso, ela corre o risco de fechar-se a novas experiências, e manter-se presa ao mundo idealizado das lembranças. Assim, há uma distância entre as experiências que poderia viver, hoje, *com* o mundo, e aquelas que lhe aparecem imaginativamente.

Por um lado, vemos a falta de conexão em sua participação na realidade externa, representada como o “presente” e a “vida passando”. Ao mesmo tempo, ela consegue manter-se funcionando na sociedade, reivindicando e conquistando melhores condições à sua família. Ela relata isso por meio de sua experiência na luta pela moradia e pela guarda da filha. Diz que teve que cuidar da filha e dos netos, ao ocupar ambos os papéis, de mãe e de avó. Cabe ressaltarmos que, em seu cotidiano, ela tem dificuldade de viver alguns dos aspectos da vivência *com* a cultura popular, como fazia brincando em serenatas. Porém, ela mantém-se presente *no* mundo pela dimensão da luta cotidiana e da subsistência à família. A luta pela moradia não representa somente vivência *no* mundo, mas também contém aspectos do fazer criativo nas lutas. Porém, parece manter aspectos da busca criativa pelo *self* fechada a aspectos que perdeu no viver *com* a

cultura popular. Mais à frente, retomaremos a diferenciação entre a participação *no* e *com* o mundo.

Quando questionada sobre a possibilidade de estabelecer projetos de vida e de ter “sonhos”, apenas diz que queria tocar violão, mas sem investimento concreto, voltando a falar da luta pela subsistência e moradia:

*Fátima – Os sonhos, eles vêm e vão (repete a frase), nem num chega assim ao ponto de se realizar por completo, num adianta.*

*Pesquisador – Tem algum sonho que você queria realizar por completo?*

*Fátima – Só tocar violão (risos). O que eu mais conquistei, que foi lutar por esse lote, para mim deixar para minha filha. Que, jamais, eu quero minha filha abandonada, ainda mais com o meu neto. Quando meu marido me deixou, e minha menina tinha um ano, ele me deixou, ela tinha bronquite e sopro no coração. Ele me deixou, só Deus na causa... Aí eu lutei, Filipe! O pai dela queria pegar ela, mas ela vivia doente, o juiz não deu o direito para ele, eu lutei muito! Ele veio tacar fogo no barraco para mim sair, os irmãos dele veio e me ameaçou de morte (...).*

Inicialmente, a narrativa traz a temática de os “sonhos” se realizarem “por completo”. Parece referir-se à idealização de alguns de seus projetos, os quais não são encontrados, atualmente, no campo da realidade externa, pela vivência de *ilusão*. Ela fala – rindo – acerca de seu projeto de tocar violão, algo que não se projeta para ela como busca existencial em seu cotidiano, porém é mantido na capacidade de sonhar. Parece que “tocar violão” faz referência “àquele tempo” das serenatas em família, que se tornaram uma lembrança tão preciosa que não pode ser elaborada sob o risco de ser perdida e esmagada pelas mudanças apresentadas pela realidade externa. Mas a lembrança fica guardada no espaço do “Paranoá Velho”, com os pedidos de deixarem-na quieta.

Esses pedidos parecem representar algo paradoxal, como se alguém pudesse olhar para esse passado com ela, mas preservando alguma preciosidade e intensidade das experiências vividas por ela, sem forçá-la a “enfrentar o presente”. Parece ser um convite para o respeito ao pedido de que o paradoxo entre a realidade interna e a externa

– entre o sonho e a realidade – seja tolerado, como propõe Winnicott (1971/1972). Acredito que esse é um dos lugares transferenciais que ocupo, tanto em seu tratamento quanto no processo de construção da narrativa. O lugar do reconhecimento de um “Pavão Misterioso” que quer um “eterno brincar”, como é trazido na música. De alguém que reconhece aspectos da cultura popular na narrativa, ao buscar que ela elabore sua experiência no “Paranoá Velho” sem correr o risco de ter que abandonar o lugar simbólico e existencial que ela pôde ocupar naqueles tempos de “menina brincando”.

O reforço às qualidades de seu passado e lembranças, parecem deixá-la presa a estas, sem poder transitar entre esses registros. Ao ser perguntada sobre seus “sonhos”, ela traz outra categoria, relacionada às “conquistas”, inclusive políticas. Conforme discutimos, anteriormente, um ponto central do trabalho no CAPS é a discussão em torno do projeto de vida. Apesar disso, notamos que suas lutas aparecem em seu cotidiano e exigem soluções urgentes, nem sempre permitindo que ela acesse seus projetos de vida de modo reflexivo. Não significa que ela não tenha um projetar-se ao futuro existencial, porém, sinaliza que este nem sempre consegue inscrevê-la em seu viver *com* a cultura. Isso ocorre porque ela precisa ter algum repouso das demandas, diárias e urgentes, para formular alguns de seus projetos, existencialmente. Ela diz não adiantar investir em seus “sonhos”, já que eles não podem se realizar por completo. É trazido contraste com o modo como ela mantém suas vivências atreladas ao “Paranoá Velho” e à impossibilidade de viver alguns aspectos de seu presente e futuro.

Fátima repete, diversas vezes, que foi deixada pelo marido, ameaçada de morte e que brigou para “ter” algo, naquele momento, e para “deixar” a moradia como legado para a filha e os netos. Podemos notar como a luta pela moradia, e por deixar esta para sua filha, até hoje, é central para Fátima. Enquanto isso, as lembranças que a fazem “viver no passado” referem-se a um período em que as crianças brincavam em meio à luta popular pela fixação dos moradores do Paranoá. Aquele era um tempo “difícil” para ela, “um sufoco”, mas no qual ela possuía um lugar *com* o mundo para chamar de “seu”. Fátima posiciona-se em relação a esse legado transgeracional que recebeu da mãe e que, ao mesmo tempo, ainda não é vivido por ela como uma conquista permanente. Assim, ela ainda tem que garantir a subsistência e vive ameaçada com ações judiciais que o marido move contra ela em relação à moradia.

Fátima articula as demandas cotidianas – e de subsistência – com projetos

existenciais e a função imaginativa pelo fenômeno de *ilusão*. Isso acontece como movimento de, por um lado, não poder realizar seus sonhos “por completo”, por outro, conseguir utilizar aspectos de sua capacidade de sonhar frente às questões que lhe são colocadas com necessidade de resposta imediata. Portanto, ela consegue algum repouso pelo estado de não integração, ao acessar a capacidade de utilizar objetos e fenômenos transicionais (WINNICOTT, 1971/1975). Transita nesse processo de lutar, diariamente, pela subsistência, não podendo acessar alguns aspectos de seu viver criativo *com* a cultura, porém, também consegue acessar aspectos de sua realidade interna que lhe permitam viver construindo um mundo no qual gostaria de viver, dentro de suas limitações objetivas.

Assim, reflete a possibilidade de construir um *inédito viável* (FREIRE, 1976/2011), que articula a perspectiva utópica – “onde menino brincava” – com uma avaliação rigorosa das condições atuais. Apesar de Fátima não participar de nenhum grupo político organizado, sua fala em relação a ter sido desalojada do “Paranoá Velho” reflete uma denúncia de situação de opressão, assim como sua busca em participar de festejos e serenatas, atualmente, reflete uma tentativa de anúncio de um *inédito viável*, em relação a algo do “passado” que pode ser encontrado no “presente”. Do mesmo modo, a reivindicação por não perder o lote que conquistou, com muita luta, e a busca por transmiti-lo como legado à filha e aos netos também refletem a tentativa de manter sua capacidade criativa e política sobre o mundo.

Após apresentar o modo como Fátima gostaria de “viver no passado”, tempo em que “menino brincava”, cabe colocar alguns campos de análise em relação a essa temática. Winnicott (1971/1992) discute essas vivências pelo conceito de *nostalgia* como representação precária de aspectos da realidade interna. Essa se dá pela ausência de sustentação dada na experiência de separação com o objeto. Nesse sentido, dificulta a entrada na esfera dos fenômenos transicionais. O modo como Fátima representa o “Paranoá Velho” como um espaço no qual pôde brincar, mas perdeu, repentinamente, parece apontar sua dificuldade na elaboração do papel dessa experiência em sua vida.

Pela entrada no campo dos fenômenos transicionais, é possível que o sujeito acesse a alteridade pelo contato com o *ritmo* do outro, ao mesmo tempo em que há vivência de familiaridade, pela adaptação do outro às necessidades do sujeito, por meio do fenômeno da *ilusão* (WINNICOTT, 1971/1992). Os objetos e os fenômenos



transicionais sobrevivem ao ódio do bebê e devem cumprir as necessidades colocadas pelo bebê. Por isso, após cumprirem sua função no desenvolvimento emocional, podem ser relegados ao limbo, não mais necessários a este, à medida que ele vai, progressivamente, passando pelo processo de *desilusão*. Fátima parece ter vivido a separação com o “Paranoá Velho” – e aspectos de suas experiências nesse – sem ter conseguido elaborar o processo de *desilusão*, o que fez com que ela se mantivesse querendo “voltar ao passado”.

Winnicott (1971/1992) diferencia os fenômenos de sonhar e fantasiar, como um dos indicadores da possibilidade de viver no campo dos objetos e fenômenos transicionais, ou não. Relaciona o sonhar ao viver, possibilidade de experimentar relações objetais no mundo real. Essa vivência ocorre no espaço potencial, lugar no qual acontece o brincar como experiência humana de viver criativo e saudável. Para tanto, é necessário que não seja questionado o paradoxo entre a realidade interna e a externa. Já o fantasiar refere-se à experiência de dissociação, oriunda de distúrbios na experiência de *desilusão*, quando esta acontece antes de a criança poder suportar a ausência da figura materna. Nesse momento, a criança ainda não tem a capacidade para viver a ausência da mãe como presença. Consiste no abandono à esperança de relacionar-se com objetos reais, fazendo com que aspectos do fantasiar possam tomar conta de toda sua vida, incapacitando o sujeito de sonhar e viver criativamente *no* mundo. Nesse sentido, faz referência ao modo de voltar ao estado de vivência de onipotência sobre o mundo, porém sem conseguir inscrever esta *com* o mundo, como é possível pela via dos fenômenos transicionais e na experiência vivida *com* aspectos da cultura.

Fátima parece estar pedindo para que a deixem quieta e apegada às suas lembranças, já que o mundo do “Paranoá Velho” que ela construiria pelo sonhar não pode se realizar, consistindo em fantasiar. Winnicott situa a necessidade de que o paciente, que está com a vida envolta no fantasiar, possa diferenciar seu estado de sonhar com o de sonhar acordado (*daydreaming*). O sonhar promove o repouso e o acesso a estados de não integração, sem a ameaça de desintegração do *self*, ao permitir a elaboração das experiências vividas *com* o mundo de modo criativo. Já a não discriminação entre o sonhar que traz repouso e o sonhar acordado envolve o sujeito em um fantasiar contínuo, que não lhe permite dissociar sua vivência entre realidade interna e externa.

É importante situar que, só em alguns casos, como o narrado por Winnicott (1971/1992), o fantasiar ocupa todos os aspectos da vida do sujeito. Fátima apresenta uma busca criativa de construir o seu sonhar *com* o mundo, porém esse, nem sempre, encontra o amparo na realidade externa. Podemos notar como Fátima parece buscar essa área de repouso e não integração ao evocar as lembranças do “Paranoá Velho”. Assim, o fantasiar faz com que ela fique cansada por passar o dia dormindo acordada, ao mesmo tempo em que não consegue sonhar com seu viver criativo *com* a cultura.

Acreditamos que a experiência de Fátima em ainda não ter conseguido encontrar lugar para seu enraizamento na comunidade apresenta aspectos de dissociação em relação à sua realidade interna, que a remetem às lembranças do “Paranoá Velho”. Ao mesmo tempo, devemos discutir os aspectos de sua perda de lugar *com* o mundo, em relação a seu distanciamento de espaços nos quais encontrava acolhimento a seu gesto criativo *com* a cultura popular. Situa em sua narrativa eventos comunitários que eram compartilhados como novidade, como ocorria em relação ao enterro das pessoas que morriam no “Paranoá Velho”. Porém, também conta aspectos nos quais ainda consegue viver criativamente *com* a cultura, principalmente, em suas lutas cotidianas e sua participação em Centro de Umbanda, conforme será discutido posteriormente na narrativa.

Notamos como Fátima sentia-se acolhida no “Paranoá Velho”, como espaço no qual podia *estar com* os vizinhos, ao mesmo tempo em que permitia que ela construísse criativamente o seu lugar *com* o mundo, dando a este uso pessoal. O fazer *com* a cultura popular aparece em sua narrativa, em diversos momentos. Em sua participação em roda de serenata, há a transmissão de saber transgeracional, dando continuidade à existência das tradições e reinvenções da cultura popular, por meio da oralidade. Freire (1976/2011) discute que um dos desafios ontológicos do ser humano é integrar-se à sua história por meio de sua capacidade criadora *com* o mundo, o que lhe permite a participação em sociedade e o enraizamento em relação a aspectos simbólicos e estéticos de uma cultura. Utiliza o termo *mutirão*, ao discutir a necessidade do fazer *com* o povo, já que pontua que ninguém se liberta sozinho, todos nos libertamos em comunhão (FREIRE, 1974/2005).

Na narrativa de Fátima aparecem aspectos dos *mutirões* e das serenatas vividos no “Paranoá Velho”. Aqueles fazem referência a dimensões da cultura popular como um

*fazer* coletivo que tem ritmo próprio, e se dá predominantemente por meio de mecanismos orais de transmissão do saber (CARVALHO, 2007). Conforme aparece em sua narrativa, “naquele tempo” existia para ela uma temporalidade própria, na qual ela podia participar *com* a cultura em uma roda de serenata. Nesta, ela conseguia encontrar um lugar e contorno para suas experiências, ao cantar músicas que representavam aspectos de sua realidade, junto com seus familiares. A experiência de “novidade” parece também refletir uma abertura dela a experimentar o mundo em seu aspecto paradoxal, de ser familiar e estranho, ao mesmo tempo.

Com a transposição dos moradores, ela parece sentir-se desenraizada em relação à terra onde nasceu, e na qual pôde compartilhar vivências e brincar *com* os moradores de lá, enraizada em comunidade. Como discutimos anteriormente, quando Fátima faz atividades no parque vivencial, parece querer apresentar às pessoas à sua volta o seu lugar e a memória nele inscrita. Aparecem aí aspectos de sua tentativa de buscar enraizamento e endereçamento à *comunidade de destino*, em relação às suas questões políticas, existenciais e históricas (SAFRA, 2004). Por essa ótica, podemos compreender a dificuldade dela em andar de ônibus e de sair do Paranoá como um movimento de não tomarem dela suas lembranças e seu lugar no “Paranoá Velho”. Para além da compreensão deste enquanto sintoma psiquiátrico de medo generalizado e de “pânico”, nesses momentos Fátima enfrenta as agonias impensáveis (WINNICOTT, 1963/1994) em relação ao afastamento do “Paranoá Velho” representar a possibilidade de perda da unidade de sua existência. Portanto, Fátima evita afastar-se do Paranoá como organização defensiva frente à possibilidade de perda de aspectos de seu *self*.

Assim, como sugere Safra (1998), é necessária uma prática clínica que vise trabalhar a partir da relação do sujeito *com* o mundo, ao buscar o seu ponto de ruptura *com* as experiências culturais e sua demanda de enraizamento no cotidiano. Fátima parece estar narrando sua perda de espaço de enraizamento, com suas lembranças do “Paranoá Velho”, não tendo tido espaço para elaborar as mudanças que ocorreram em sua vida, há, pelo menos, 19 anos. A fuga às situações que lhe remetam à separação com o objeto perdido representa agonias impensáveis (WINNICOTT, 1963/1994), as quais podem ser trabalhadas por meio da relação transferencial e mediadas por recursos da cultura popular.

### 6.1.2 Da luta pela moradia ao legado deixado: “Daqui só Deus para me tirar”

Fátima também fala sobre a luta pela moradia e o legado que não pôde receber da mãe, e que gostaria de deixar para a filha:

*Fátima – Hoje, num adianta ele (o ex-marido) nem falar nada, porque eu falei para ele “daqui eu num saio, daqui só Deus para me tirar”. Se eu não lutasse por esse espaço, quer dizer, os outros, outras pessoas vinham lutar. Então, quando eu morrer, ela chegar e falar (chorando) “minha mãe deixou alguma coisa para mim, minha mãe num era rica, mas, pelo menos, o lote tenho. Agradeço a ela”. Porque a minha mãe, ela tinha o lote dela, né. A casa dela muito boa, mas, antes dela morrer, ela nem sabia que ia morrer, ela vendeu o lote para esse meu irmão que é Policial Militar. Hoje, a Joana<sup>14</sup> (a irmã dela) paga aluguel! Tá sozinha! É doente! E aí?! Qual foi, o que minha mãe deixou para Joana?! Nada! E num é isso que eu quero para a minha (falando sobre a filha), para a minha é meu. Se eu lutei, quando estava de resguardo dela, tava 15 dias de resguardo, enfrentei chuva e sol, briguei lá dentro, porque o pai dela era de menor na época... Aí eu lutei muito, para mim ter, e para mim deixar. É o que eu digo para ela, que não é muito, isso aqui é dela. Quando eu morrer, eu não vou levar nada daqui, e também não quero que ela tire.*

Como a narrativa apresenta, atualmente, Fátima tem como preocupação central deixar algo para a filha, o que a mãe de Fátima não pôde fazer. Ao falar sobre os projetos de vida e as lutas cotidianas, Fátima discute a conquista – com muita luta – para “ter” e para “deixar”. Ela traz legado transgeracional, em relação à sua mãe que não pôde deixar uma moradia para ela, porém, participou do movimento de fixação dos moradores no Paranoá, ao buscar que não fosse expulsa junto com sua família. Nesse trecho, fala sobre a relação entre a irmã e a mãe, e identifica esta na relação com a filha, ao querer receber agradecimento da filha, por ter lhe deixado o lote. Conforme discutido anteriormente, tanto Fátima quanto a irmã dela sentiam-se agradecidas por terem sido cuidadas – como “doentes” – pela mãe. Nesse ponto, aparecem juntas as demandas de: receber o agradecimento da filha por ter lutado por ela e poder lhe deixar algo.

---

<sup>14</sup> Nome fictício.

Ela repete diversas vezes que “lutou” para sobreviver. Mesmo de resguardo, esteve sempre mobilizada por diversas demandas concretas e urgentes em relação à subsistência. Fátima discute as dificuldades que teve em relação à subsistência, trazendo o saber popular, em relação ao momento no qual teve dificuldades financeiras, e identificou o que era essencial para não passar fome:

*Fátima – Aqui em casa só tinha água e sal, porque eu falei para os meninos lá, nunca deixe faltar, na sua casa, água e sal. Aí, eles perguntaram o porquê. Porque você pode ir num canto, arranjar um pequi, um feijão aduão... Você põe água e sal, pronto, você come. Agora come o feijão, pequi, sem sal, você não come, e sem água para cozinhar. Ai, foi um tempo muito difícil que num tinha nada.*

Podemos notar, nessa passagem, que ela relata ao ouvinte da narrativa como sobreviver em um “tempo muito difícil que num tinha nada”. Fátima parece reconhecer seu saber popular e tem o interesse em transmiti-lo, assim como discute a manutenção da moradia como um legado que a filha deve reconhecer. Essa discussão faz referência ao reconhecimento de autoria na cultura popular, já que, atualmente, vêm sendo conquistados espaços de valorização aos produtores da Cultura Popular (BRANDÃO, 2009).

Em alguns momentos na narrativa, Fátima me endereça lugar transferencial no qual pede que eu compreenda sua “cronicidade” e “doença” por ser seu Psicólogo. Já em outros, busca construir sua narrativa em torno de seus aprendizados na subsistência e no brincar, pelas lutas populares do Paranoá.

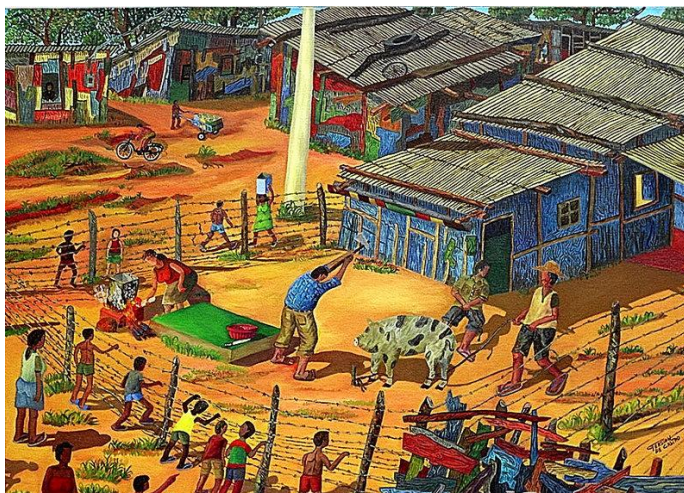


Figura 5: *Curiosos* – Gersion de Castro

Apresenta aspectos de conformismo em relação à impossibilidade de projetar seus “sonhos” na realidade, porém, ao mesmo tempo, na resistência em “só Deus” tirá-la de sua moradia. Nesse sentido, pede reconhecimento dos mecanismos de

autorreconhecimento, ao mesmo tempo em que se identifica com a categoria nosológica de “Síndrome do Pânico”. Assim, utiliza referenciais próprios e dos sistemas simbólicos que compartilha, desde a inserção em Centro de Umbanda, até o longo histórico de tratamento psiquiátrico.

Esse trânsito entre categorias médicas, como a “doença crônica” e a “Síndrome do Pânico”, e categorias da cultura popular, como o legado de luta pela subsistência, parecem apontar o modo como os mecanismos de fala em produtores da cultura popular se dão a partir de mecanismos próprios de criação e usos do corpo, porém também consistem em introjeção de aspectos culturais do colonizador (FREIRE 1976/2011).

Cabe problematizar, também, o legado que Fátima carrega de sua história com a luta pela fixação dos moradores no Paranoá. Se compararmos alguns aspectos de sua narrativa ao histórico do Paranoá, notamos pontos de encontro entre ambos. Mesmo morando, hoje, em casa própria, Fátima ainda luta para deixar essa casa como legado para a filha. Conforme discutimos, anteriormente, a projeção de futuro aparece junto à sua necessidade de lutar, diariamente, permanecendo em latência algumas das possibilidades de fazer criativo pelas experiências culturais. Ao mesmo tempo, ela sinaliza as conquistas que teve e os saberes que adquiriu nas lutas, refletindo também aspectos de um fazer criativo *com* o mundo, mesmo com tanto “sufoco” e “lutas”.

Moffatt (1982) propõe que é necessário atenção aos modos de sofrimento que permeiem a formulação do sujeito frente a seu destino, por meio dos mecanismos próprios do fazer na cultura popular. Com isso, é proposto padrão de sanidade que reflita assumir a identidade social e cultural do sujeito em sofrimento. Portanto, Fátima pode ser reconhecida por suas lutas cotidianas e pelo legado deixado às próximas gerações, de modo que consiga encontrar no Paranoá espaços nos quais possa viver experiências culturais que sirvam como uma “veste para seus sonhos” (GODOY, 2007).

Fátima representa alguém que, mesmo sem participar de espaços políticos organizados, como movimentos sociais, teve nas lutas cotidianas a afirmação de seu lugar *com* o mundo. Há movimento de dar continuidade à luta pela moradia e por melhores condições econômicas, luta de que a mãe dela fez parte. Por outro lado, a continuidade com o legado materno a mantém presa à necessidade de ser “doente” para ser reconhecida como “crônica”.

Assim, Fátima consegue reconhecimento dado por diagnóstico psiquiátrico, porém, limita suas possibilidades de ser saudável, já que as pessoas à sua volta podem não mais reconhecer seu sofrimento. Por outro lado, o sintoma aparece como busca de viver saudável, ao sinalizar às pessoas à sua volta aspectos de seu falso-*self*, como mecanismo esperançoso inconsciente. Assim, chegamos à questão da religiosidade, como aspecto de cuidado pelas experiências *com* a cultura popular, saída existencial frente a situações nas quais não há esperança.

### ***6.1.3 A religiosidade popular e a busca do self: “Deus sabe o que faz, eu não sei o que digo”***

Fátima fala sobre Deus em diversos momentos da narrativa, principalmente, após falar de lutas e dificuldades. Finaliza algumas das frases dizendo “só Deus na causa”. A referência a Deus aparece, principalmente, quando a forma como ela coloca a narrativa parece não apresentar qualquer saída existencial, ou sinaliza vivências angustiantes. A religiosidade para Fátima parece ser um recurso de ter sustentação ( *Holding*) e dar contorno às suas experiências mais desagregadoras, por meio suas experiências *com* a cultura popular.

Repete, continuamente, que tem “Deus na causa” e que tem “fé”. Apesar disso, diferencia sua “fé em Deus” de sua esperança em construir alguns aspectos de seu projeto de vida, ou da possibilidade de sonhar. Portanto, traz a crença de que Deus poderá ajudá-la, porém, diz não conseguir construir caminhos de esperança frente a algumas questões que lhe imobilizam existencialmente. Quando comemora sua conquista pela moradia, repete “daqui só Deus para me tirar”. Assim, também coloca que, com o esforço e a luta que teve na conquista pela moradia, só aceitaria ser “tirada” de lá por Deus. Nesse momento, parece falar de sua resistência em relação às dificuldades por que passou e às lutas de que fez parte.

Em relação à sua concepção de “Deus” e visão de mundo em relação à religiosidade, fala de sua participação em Centro de Umbanda, que chama de “Centro Espírita”:

*Pesquisador – E no Centro espírita, como você se sente lá?*

*Fátima – Ah! Lá eu gosto! Lá eu não tenho... Ninguém me discrimina, ninguém. Lá eu sou igual a mãe de santo, igual a mãe pequena, igual o Ogam que bate tambor. Igual uma criança, então num tem diferença, num tem preconceito, ninguém... É muito bom lá.*

*–(...) Eu sei que, aqui, já tem 22 anos, que eu to aqui, nesse lugar! Muita gente que ganha, muitos vizinhos aqui que ganhou os lotes ai, já não é primeiro dono, já é terceiro ou quarto. Esse aqui (apontando às outras casas em volta) já é o sexto, esse aqui, já é o quarto dono né. O meu não, o meu é, eu sou a primeira. Mas pra mim, eu pelo menos ocupar o meu espaço, foi em boa, em uma parte num foi, mas Deus sabe o que faz, eu não sei o que eu digo.*

*Pesquisador – Você falou muito de Deus, como é sua relação com Deus?*

*Fátima – Mas foi ele mesmo que me deu muita força também, Filipe, porque se num fosse ele eu não estaria hoje para contar nada.*

Se retomarmos a discussão que fizemos na narrativa, até o momento, percebemos que um tema central para ela é ser reconhecida. Conta que o Centro é espaço no qual, sem ser discriminada, ela pode ser reconhecida como: o “Ogam”; “a mãe de santo”; “a mãe pequena”; e “igual uma criança”. Notamos que quando ela se reconhecia pela “Síndrome do Pânico” dizia *ter* a doença, a partir do momento em que lhe deram diagnóstico. Já quando fala sobre a multiplicidade de papéis e lugares que pode ocupar no Centro Espírita, diz: “eu sou”. Em sua narrativa, poucas vezes ela faz referência ao *ser*, e é na discussão sobre sua religiosidade que começa sua referência a um lugar que lhe permite *ser*.

Fátima já havia me contado que o Centro Espírita era o espaço no qual ela se recorda do que viveu no “Paranoá Velho”. É discutido o seu reconhecimento em um Centro no qual ela não precisa “ser doente” para ser reconhecida como merecendo o cuidado, e podendo ter uma função social e existencial frente às pessoas do Centro. Com isso, ela pode ser reconhecida por seu lugar singular, e sua inserção *na* e *com* a Cultura, ao poder participar de sistema simbólico que dá contorno às suas experiências vividas.



No Centro, ela tem papel importante e pode praticá-lo por meio de seus recursos próprios, advindos da cultura popular e do legado transgeracional de sua família. Saberes populares que parecem encontrar acolhimento e *lugar* para suas questões existenciais e políticas (SAFRA, 2004) em uma religião afro-brasileira. Vemos a multiplicação de nomes e formas de reconhecimento. Assim, encontra universo simbólico no qual pode ser feliz e saudável, sem que lhe acusem de não passar por vivência de sofrimentos graves ao poder criar *com* a cultura popular.

Esse aspecto da multiplicação de possibilidades de reconhecimento de Fátima e de ela não ser discriminada em Centro de Umbanda aparece como uma das características das religiões afro-brasileiras na transformação das experiências de aflição em contexto ritual (RABELO, MOTA & NUNES, 2002). Essas religiões permitem que o sujeito apresente comportamentos divergentes em relação às noções de normalidade, como reflexos de experiências místicas, portanto, abrem a possibilidade de compreender modos de sofrimento psíquico grave para além da noção de doença. A experiência de possessão, que poderia ser compreendida meramente como apresentação sintomatológica de crise psicótica, aparece aí como reflexo de saúde, na relação de proximidade entre o praticante da religião e os orixás.

Fátima diferencia suas experiências desagregadoras, como quando se sente perseguida dentro do ônibus, das experiências místicas em contexto ritual. Como aponta Bizerril (2002), não podemos confundir as experiências místicas das experiências de sofrimento intensamente desorganizadoras. Apesar disso, a religiosidade popular apresenta campo de transformação de experiências que permitam ao participante construir novos modos de ser-no-mundo, frente às experiências que antes lhe apareciam como desagregadoras (RABELO, MOTA & NUNES, 2002).

Notamos que Fátima leva suas experiências religiosas ao seu cotidiano como mecanismo de significar sua relação com o mundo e construir campos de viver criativo. Portanto, como afirmam Rabelo, Mota e Nunes (2002), as vivências construídas em contexto ritual por meio de imagens podem ser levadas à experiência cotidiana do participante em sua tentativa de ordenamento da realidade. Na experiência de Fátima em ter sido cuidada pela mãe só quando doente crônica, a religiosidade popular parece lhe ofertar espaço no qual ela não precise escolher entre buscar caminhos saudáveis e apresentar modos de sofrimento como meios de projetar sua existência de modo

esperançoso e criador (SAFRA, 2006a).

Assim, ao abdicar da noção de doença e Transtorno Mental, a religiosidade deixa em aberto as possibilidades de o sujeito experimentar seu sofrimento *com* o mundo, em seu processo de abertura frente ao seu inacabamento existencial. Consiste em recurso de negar a cronicidade da doença mental, para assumir a cronicidade da vida em sua possibilidade de construir caminhos de anúncio de *inédito viável* (FREIRE, 1976/2011), frente ao destino que antes aparecia como determinismo.

Em outro momento da narrativa, Fátima refere-se à luta pela moradia como “pelo menos poder ocupar” o seu espaço. Logo depois, apresenta frase que “Deus sabe o que faz, eu não sei o que eu digo”. Em sua construção narrativa, ela está contando, segundo sua ótica, suas experiências vividas, porém, nesse momento, parecer colocar que não sabe o que diz, mas Deus sabe o que faz.

Novamente, podemos problematizar sua visão de mundo e sistema simbólico em torno da vivência *com* Deus. Este, em alguns momentos, aparece em referência a acolhimento, *holding* e à possibilidade de dar contorno às suas experiências angustiantes. Em outros momentos, essa afirmação faz com que ela busque dar coerência a algo que ela não consegue nominar, já que ela para a frase no meio e não a completa. Neste estudo, não temos como objetivo discutir diferentes aspectos da religiosidade, porém a compreendemos como sistema simbólico e recurso da cultura popular. Especificamente, estamos discutindo a religiosidade popular como um recurso de cuidado às vivências de sofrimento psíquico grave.

Em outro momento ela discute como o Centro aparece como espaço de cuidado a ela:

***Fátima – Não eles num criticam não, né? Num falam nada, só falam que a gente tem que ter pensamento positivo, para afastar, que melhorar, quer dizer, curar num cura, mas pelo menos aliviar.***

Podemos retomar que, na história de vida de Fátima, ela teve formação católica e, já adulta, começou a participar de Centro de Umbanda. Na entrevista, ela falou pouco de suas vivências em Centro de Umbanda, mesmo quando perguntada diretamente, apesar de fazer referência a Deus em diversos momentos. Em alguns momentos, corrige

sua fala em relação à possibilidade de “melhorar” no Centro, por dizer ter “doença crônica”. Nesse sentido, ela parece estar me endereçando lugar transferencial que a reconheça como “crônica”, sem cura. Isso também surge porque eu faço parte da equipe de saúde mental e, muitas vezes, sou chamado por ela de “médico”, devido a também atender em consultório<sup>15</sup>. Nesse trecho, vemos a predominância da expectativa de tratamento por meio de saber médico-científico, reduzindo a saúde como ausência de doença.

Além disso, na história de Fátima, figuras de cuidado – como a mãe – só existiam para ela quando na atenção a alguém que estava “doente”. Nesse sentido, em meu trabalho com ela, parto deste lugar transferencial, de que ela só pode ser cuidada se doente, para ampliá-lo frente a novas possibilidades de projeção existencial *com o mundo*.

Fátima parece encontrar na religiosidade popular campo de busca do *self*. Winnicott (1971/1992) propõe que o indivíduo pode entrar em contato com aspectos de seu verdadeiro-*self* pelo viver criativo, consistindo em possibilidade de repouso e vivência de não integração ao poder brincar como meio de associar livremente. Conforme situamos em capítulo anterior, as noções de verdadeiro e falso-*self* não consistem em divisão dualista em torno de aspectos que versam sobre uma noção de que há uma essência verdadeira ou falsa de algum tipo de identidade e personalidade. Pelo contrário, dizem respeito à busca do *self*, como processo de utilizar os objetos e fenômenos transicionais *com o mundo*, dando marcha ao processo de autonomização e ao desenvolvimento emocional primitivo (WINNICOTT, 1945/1993).

Portanto, a busca do *self* não quer dizer que não haja dimensão de adaptação à cultura, porém representa que a organização do tipo falso-*self* não domina o campo de busca do *self*, permitindo que o sujeito mantenha sua capacidade de brincar (WINNICOTT, 1960/1983). Como afirma Winnicott (1971/1992), a comunicação do *self* só ocorre por meio do brincar, o que só é possível uma vez que o indivíduo confia no ambiente que se apresenta de modo constante e adaptado às suas necessidades. O bebê vai desenvolvendo suas experiências de *ser* por meio da presença do ambiente

---

<sup>15</sup> No CAPS do Paranoá, muitos usuários consideram que a Psicologia é uma das especialidades da medicina, tendo em vista que apenas o Psiquiatra e o Psicólogo atendem em consultório. Muitos usuários concebem que o Psiquiatra prescreve os medicamentos e o Psicólogo é o médico que “conversa”.

suficientemente bom que, progressivamente, propicia a unidade do existir do bebê.

Podemos notar na narrativa de Fátima que, em sua religião, ela pode encontrar no mundo aspectos de sua realidade interna e dar a esses a possibilidade de ocupar o espaço potencial. A mesma busca de *self* que ela empreende nos grupos do CAPS, quando participa de saraus e festejos, ocorre em sua participação como “Ogam” e “mãe de santo” no Centro. A grande diferença entre esses dois espaços é que no CAPS, à medida que ela cria esse campo de busca do *self*, sente que é vista como saudável e pode ser ameaçada em perder o cuidado de alguém que só está presente enquanto ela está doente. Já no Centro Espírita, ela pode reencontrar seus “sonhos” de tocar violão e fazer serenata, ao tocar tambor como “Ogam”, sem o risco de perder o reconhecimento que tinha por meio da doença.

Desse modo, sua religião lhe permite um novo lugar existencial em que aspectos de sua sintomatologia, como suas sensações paranoides, podem ser vistas positivamente, como indicador de experiência mística (BIZERRIL, 2002). Com isso, ela pode *estar com* as pessoas à sua volta por meio de seus mecanismos próprios de compreender o mundo e de viver criativo *com* a Cultura, sem ser discriminada. Portanto, a religiosidade popular permite o reconhecimento de sua autoria em relação a seus saberes populares (BRANDÃO, 2009), ao mesmo tempo em que ela pode apresentar suas vivências de sofrimento psíquico grave por meio de narrativas próprias que não buscam estabilizar sua sintomatologia produtiva, ou seu viver criativo pela experiência nas lutas populares. Desse modo, Fátima não precisa optar (não apenas conscientemente) entre “*ter* a doença”, ou “*ser* Ogam”, ou *ter sido* menina que brincava.

Portanto, ela reconhece os ganhos que teve com o tratamento no CAPS, porém parece dizer que “na causa” só “Deus” pode lhe ajudar. As “causas” remontam à necessidade de Fátima reencontrar aspectos de sua infância que brincava *com* a Cultura, em meio às lutas populares e buscando dar contorno às experiências de sofrimento que viveu. Esses aspectos da narrativa de Fátima trazem o que Winnicott (1954/1993) chama de tentativa de descongelamento da situação na qual ocorreu a falha ambiental, momento em que Fátima, já adulta, teve que se separar repentinamente do espaço que dava *lugar* e enraizamento às suas questões existenciais (SAFRA, 2004) e lhe permitia continuidade de existir em relação à menina que um dia brincou no “Paranoá Velho”.

Para Fátima, “Deus” é quem pode lhe auxiliar nas “causas” que parecem

perdidas e são vividas como destino inexorável, e também na compreensão de que só Deus pode lhe retirar suas conquistas políticas de moradia e do legado deixado à filha e aos netos. Podemos retomar as colocações de Winnicott (2011) de que a Psicanálise pode auxiliar na transformação de situações vividas como *destino*, à medida que permite que essas sejam compreendidas à luz das motivações inconscientes.

Ao mesmo tempo, conforme discutido por Safra (2004), é necessária uma prática clínica que busque trabalhar por meio do *Idioma pessoal* do analisando, visto que este busca compreender a maneira como o sujeito situa suas grandes questões existenciais, frente a seu sofrimento e aos modos como *sonha* com seu porvir. Aqui retomamos a tese de Winnicott (1971/1992) de que a relação entre analista e analisando se dá na superposição de duas áreas de brincar, que permeiam a possibilidade de ambos sonharem juntos possibilidades de viver criativo *com* a Cultura.

Acreditamos que Fátima consegue encontrar na religiosidade popular e em suas lutas cotidianas aspectos de seu viver criativo e de sua busca de *self*. Porém, ela ainda tem vivências em relação ao “Paranoá Velho” que só são formuladas enquanto esperança inconsciente, como ocorre em sua projeção frente a “colocar a casa nas costas” e voltar ao “Paranoá Velho”. Portanto, é necessária uma intervenção clínica que tenha como eixo central *estar com* o sujeito em sofrimento psíquico grave (COSTA, 2010a), por meio de aspectos de sua reconstrução da relação com o cotidiano, refletindo aspectos de sua esperança inconsciente de enraizamento (SAFRA, 1998).

Fátima pede que não lhe forcem a enfrentar o presente pelo risco de perder o lugar de *comunidade de destino* (SAFRA, 2004) às suas questões existenciais, o que encontra em aspectos de seu fantasiar em torno da não elaboração de sua experiência no “Paranoá Velho”. Apesar disso, em espaços nos quais pode encontrar em suas experiências culturais uma veste para seus sonhos (WINNICOTT, 1959/1994), ela vai conseguindo formular novos lugares que lhe permitam visitar a menina que brincava no “Paranoá Velho”, sem perder-se no fantasiar dissociado.

Fátima faz referência a aspectos específicos de suas experiências culturais, que neste estudo, estamos denominando de experiências *com* a cultura popular. Ela coloca-se dentro das lutas populares pela fixação dos moradores do Paranoá, por meio de seus recursos próprios de transmissão do saber e de postura de conformismo e resistência (CHAUI, 1993), frente às suas vivências de opressão. Percebemos que, com a proposta

de uma clínica sensível à autoria dos produtores de cultura popular, Fátima não precisa escolher entre ter uma “doença”, ou ser “Ogam”. Assim, ela pode deixar em aberto sua formulação do porvir, em suas possibilidades de sonhar contínuo e criativo. Isso pode permitir que ela encontre seu lugar do “Paranoá Velho” dentro de suas vivências atuais, tocando tambor e cantando sua história como “Pavão Misterioso” em um “eterno brincar”.

## **Capítulo VII**

### **Cultura Popular e Sofrimento Psíquico Grave: Tentativas de articulação na clínica**

Neste capítulo, propomos indicações em torno de recursos da cultura popular na atenção a modos de sofrimento psíquico grave. A discussão realizada na construção da narrativa, em relação ao pedido de reconhecimento de Fátima por meio de diagnóstico nosológico e por aspectos da cultura popular, pode ser articulada com o papel que os serviços substitutivos de saúde mental vêm desempenhando, ou não, frente a utilizar os recursos culturais e existenciais dos sujeitos em seu tratamento. O estudo dos mecanismos próprios da cultura popular, enquanto sistema simbólico que visa ao ordenamento da realidade (BRANDÃO, 2009), aponta para novas possibilidades de reconhecimento dos sujeitos em sofrimento psíquico grave para além da estigmatização e exclusão social.

Retomamos que o confinamento das experiências consideradas como loucura não acontece apenas em hospitais psiquiátricos, mas vem apresentando-se como desafio também dos CAPS e de outros serviços de saúde mental (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006; LANCETTI, 2008; TENÓRIO, 2002). Essa postura não significa equiparar os novos dispositivos clínicos da atenção psicossocial com os espaços asilares-manicomiais. Porém, significa o risco de construirmos nos CAPS espaços nos quais os usuários possam “fazer muito barulho”, em suas manifestações políticas, consultas e grupos terapêuticos, porém sem poderem falar por meio de sua singularidade e historicidade (VIGANÒ, 1999). Encontramos aspectos da construção da narrativa que apontam às dimensões clínicas da cultura popular, na construção de espaços nos quais os usuários dos CAPS possam elaborar novas narrativas frente às experiências de sofrimento psíquico grave.

Vemos que a Reforma Psiquiátrica ainda está buscando estabelecer dispositivos clínicos que deem conta de desconstruir – no cotidiano – os “desejos de manicômio” (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006). Estes consistem em estratégia disciplinar não explícita, nem acessada apenas pelo discurso, mas amparada por práticas cotidianas que visam controlar e confinar a diferença na sociedade de modo geral. Os desejos de

manicômio não se referem a algo que pode ser controlado intencionalmente, nem que pode ser superado completamente. Pelo contrário, exigem que o trabalhador de saúde mental analise sua implicação e seus desejos de confinar e excluir a diferença. Esse cuidado é um dos instrumentos à autonomização e ao fazer criativo de sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Como destaca Pita (2011), a normatização legal da Reforma Psiquiátrica nem sempre reflete respostas concretas aos desafios existenciais e políticos dos usuários. Isso torna necessário que sejam propostos dispositivos clínicos que permitam um novo lugar cultural e existencial aos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Esses dispositivos buscam que o usuário não apenas se adapte à sociedade, mas que também sejam realizadas mudanças na sociedade para acolher – de modo sensível – diferentes formas de sofrimento (TENÓRIO, 2002).

Conforme aparece na narrativa estudada, Fátima nem sempre conseguia projetar o seu porvir nas possibilidades oferecidas pelo mundo. Suas vivências de agonias impensáveis (WINNICOTT, 1962/1994) versam sobre alguém que sofre porque também espera que o mundo possa adaptar-se a ela, para que ela reconstitua o seu brincar em meio às lutas populares. Caso ela apenas fosse medicada e encaminhada ao ambulatório, por estar “estável” do ponto de vista psiquiátrico, seria atendida pela lógica da remissão de sintomas, ao tornar-se “estável” em relação às suas reivindicações singulares e políticas. Assim, os serviços de saúde mental estariam repetindo a lógica da exclusão e marginalização a sujeitos em sofrimento psíquico grave, mesmo em serviços considerados abertos e comunitários como os CAPS (LEAL, 2007).

A partir dessas reflexões, propomos que o usuário possa assumir a responsabilidade por sua vida e seu projeto terapêutico (DELL’AQUA & MEZZINA, 2005), progressivamente, porém, também reivindicando em qual mundo quer viver por meio de seu fazer criativo *com* o mundo. Consiste em convidar os usuários a participarem de espaços políticos como movimentos sociais, mas também na indicação de dispositivos clínicos nos quais os aspectos produtivos dos sujeitos *com* a cultura popular possam ser acolhidos, mesmo que esses se apresentem de modo delirante ou como agonias impensáveis.

Portanto, a clínica deve ter como recurso a análise da participação do sujeito no



mundo compartilhado, ao mesmo tempo em que ele consegue colocar “entre parênteses” as representações pré-estabelecidas do mundo (LEAL, 2007). O sujeito vive *no* mundo, em sua entrada em aspectos compartilhados, mas também *com* o mundo, ao permitir o diálogo com as experiências vividas pelo sujeito de modo singular. Com isso, vemos na narrativa apresentada um movimento de autonomização que visa conseguir construir caminhos singulares de participar de suas experiências vividas, ao mesmo tempo em que pode compartilhar essas *no* mundo (LEAL et al., 2006).

Propomos que a atenção em saúde mental vise retirar do sujeito em sofrimento psíquico grave o peso de *ser* “doente crônico” ou de *ter* um “transtorno”, para ressignificar a multicausalidade e a complexidade de seu sofrimento. Para tanto, utilizamos o conceito de sofrimento psíquico grave, definido como vivência intensa de angústia que paralisa as possibilidades existenciais do sujeito (COSTA, 2010a). Retomando Winnicott (1962/1983), um dos indicadores dos casos que não se ajustam à análise padrão, por exigirem outras adaptações do *setting*, é a ausência de vida cultural. Essa representa o que Khan (1986) definiu como as narrativas que revelavam a gravidade dos casos atendidos, por causarem tédio (*boring*) no ouvinte, visto que sua fala não permitia o uso criativo do sujeito *com* a cultura e em relação à sua busca de *self*.

A narrativa que foi apresentada nesse estudo parecia apresentar momentos nos quais a usuária não conseguia projetar sua existência, incomodando as pessoas à sua volta por não “aceitar o presente” e “querer viver no passado”. Por outro lado, Fátima conseguia construir saídas existenciais criativas em espaços nos quais podia expressar-se por recursos da cultura popular, como em Centro de Umbanda e nos festejos que participava. Também apareceu no estudo a categoria das conquistas, quando a usuária era questionada em relação ao próprio projeto de vida. Apesar da falta de condições econômicas e de vivências de exclusão social, a narrativa apresentou aspectos da cultura popular no fazer criativo *com* o mundo.

Portanto, percebemos – por meio da construção da narrativa – que um dos indicadores da gravidade do sofrimento pode ser estabelecido a partir do momento em que representa a ausência de espaços de enraizamento e nos quais a cultura possa ser para o sujeito “uma veste para seus sonhos” (GODOY, 2007; WINNICOTT, 1959/1994). Como afirma Safra (1998), as experiências de Loucura muitas vezes

remontam a vivências de exclusão social e desenraizamento, e, portanto, não podem ser explicadas apenas recorrendo a aspectos pulsionais e pela noção de quadros psicóticos. Portanto, demandam intervenção clínica na qual seja reconstruída a ruptura cultural e existencial vivida pelo sujeito, em seu retorno à experiência de criar o mundo em que gostaria de viver em seu cotidiano. Assim, o sujeito vai aceitando a realidade externa, progressivamente, por ter vivido de modo suficientemente bom o processo da *ilusão* à *desilusão* (GODOY, 2007; WINNICOTT, 1971/1992).

A clínica da Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida como um fazer *com* o povo, e não apenas como oferta assistencial *para* o povo (FREIRE, 1974/2005). Para tanto, o profissional de saúde mental busca compreender os saberes populares em suas especificidades – pela ótica dos produtores da cultura popular – e não apenas como reinterpretação dos saberes eruditos (ROPA & DUARTE, 1985). Devem ser acessados os modos como esses sujeitos compreendem as próprias experiências de sofrimento, crise e tratamento. Acreditamos que a compreensão das “ineficácias terapêuticas” no atendimento a sujeitos das classes populares não representa apenas ausência de recursos técnicos, mas a impossibilidade de o profissional relativizar seu saber e buscar compreender como se dá a construção das experiências de sofrimento para aquele sujeito, em suas dimensões política, existencial e comunitária.

Justificamos que a centralidade da noção de experiência para Winnicott (NAFFAH NETO, 2007) traz esse esforço de construir *com* o sujeito como ele compreende e vive suas experiências em seu desenvolvimento emocional primitivo. Do mesmo modo, quando renunciamos a utilizar termos nosológicos como ‘transtorno’ e ‘síndrome’, propomos outros indicadores que permitam falar *com* o sujeito em sofrimento, e não *do* sujeito (KUPERMANN, 2008). Na construção da narrativa percebemos esse pedido para que Fátima não seja apenas descrita por outrem, mas possa elaborar os modos próprios de narrar sua história de vida. Acreditamos que o estudo de narrativas é um recurso que permitiu apreender essa construção *com* a usuária pela via da transferência.

Problematizar o campo do sofrimento psíquico grave – por meio das experiências vividas pelos sujeitos – significa oferecer espaço para que esses formulem seu porvir frente a seus projetos de vida. Ao mesmo tempo, permite apreender saber pré-reflexivo, que não se reduz a um sistema ordenado de ideias em torno de suas

experiências (RABELO, ALVES & SOUZA, 1999). Essa busca por acessar as experiências vividas é útil, especialmente, quando analisamos campos de sofrimento psíquico grave no qual predominam o irrepresentável e as agonias impensáveis.

Na narrativa apresentada, notamos diversos momentos nos quais Fátima não conseguia representar pela fala as vivências de angústia. A usuária parecia estar pedindo que alguém testemunhasse as experiências vividas por ela e se abrisse para *estar com* ela. Pedia para que alguém não a forçasse a enfrentar o presente, mas também permitisse que ela própria formulasse modos de encontrar o seu “passado” no “presente” – pelo fenômeno de *ilusão* (WINNICOTT, 1971/1992) – em suas experiências *com* a cultura popular. Essa construção narrativa se deu no espaço transferencial *entre* o pesquisador e ela, o qual consistiu em espaço potencial (SAFRA, 2006b), para que fosse aberto campo de compartilhamento de experiências vividas.

Lancetti (1997) discute que o *klinus*, na atenção psicossocial, não se dá ao pé do leito, mas em se dispor a estar de pé e *estar com*, acompanhando sujeitos em sofrimento psíquico grave. Essa proposta prescinde que a crise não seja compreendida apenas como apresentação sintomatológica. Deve ser compreendida na relação com a história de vida e continuidade de existência do sujeito em sofrimento (COSTA, 2010a), necessitando que os serviços de saúde mental também se disponham a “entrar em crise”, em um constante questionamento em relação ao papel do serviço de saúde mental com o território (DELL’AQUA & MEZZINA, 2005). Nossa proposta metodológica de reconstruir a história do Paranoá nas lutas populares permitiu que fossem acessadas dimensões da cultura popular que não apareciam explicitamente na narrativa da usuária.

Na construção da narrativa apresentada, percebemos que Fátima pede que o ouvinte legitime o lugar dela de doente crônica, como categoria externa de reconhecimento, quando falam *de* Fátima e não *com* ela. Porém, ao ser proposta a construção de narrativa, por meio dos recursos narrativos e estéticos da usuária, ela relata outros lugares existenciais e de transformação de suas experiências de aflição, como sua prática religiosa.

Pontuamos as possibilidades de a construção de narrativa permitir o desvelamento da verdade histórica do sujeito (FREUD, 1937/1996), que muitas vezes se apresentará de modo inteligível ao ouvinte, enquanto ele não se dispuser a *sonhar com* o

sujeito nas associações e reconstruções de lembranças. Ao mesmo tempo, essa proposta consiste em construir espaços nos quais o analista faça “outras coisas” (AIELLO-VAISBERG & AMBRÓSIO, 2009; WINNICOTT, 1962/1983) que sejam demandas resultantes das necessidades do sujeito e criadas a partir dos recursos próprios de dar contorno às experiências.

Nesse sentido, devemos problematizar quais são as possibilidades de transformação das experiências de reconhecimento que estão sendo construídas nos serviços de saúde mental. A categoria “Transtorno Mental” tem como proposta não utilizar o termo “doença mental”, por reconhecer que o campo da saúde mental não pode ser comparado a outras doenças “crônicas” (APA, 1994). Porém, a classificação psiquiátrica busca ser atórica e objetiva, ao não reconhecer os mecanismos próprios que os sujeitos que têm experiências *com* a cultura popular utilizam na elaboração e na transformação das próprias experiências de sofrimento. Portanto, ocorre a redução das vivências de sofrimento à dimensão biológica (COSTA, 2003, 2010a; DESVIAT, 2011), segundo categorias pré-existentes, tais como a “Síndrome do Pânico”.

Como observamos na narrativa de Fátima, no momento em que ela se sente reconhecida pelo diagnóstico recebido, tem medo de que seja julgada como saudável e perca o cuidado recebido, ao participar de festejos e de suas práticas religiosas. Notamos que, pelo estabelecimento de diagnóstico, o usuário vive um fechamento das possibilidades de projetar a própria existência e de transformar as experiências de sofrimento em vivências que tenham lugar em um sistema simbólico. Por outro lado, quando Fátima busca um viver criativo nos festejos e em Centro de Umbanda, apresenta pedido – não apenas consciente e intencional – para que seja reconhecida por meio de seus mecanismos próprios de significar seu legado transgeracional e pelas vivências nas lutas populares pela fixação dos moradores no Paranoá.

Apesar disso, cabe destacarmos que uma das especificidades da cultura popular é o modo como esta consiste na introjeção dos aspectos culturais dos saberes eruditos, porém, sempre mantendo formas próprias de expressar-se e de usos do corpo (FREIRE, 1976/2011). Isso aparece na busca da usuária em acreditar que são os remédios que mantém sua “doença crônica” controlada. Porém, é no Centro de Umbanda que ela pode não ser discriminada e recuperar os laços de aliança que perdeu com a separação do “Paranoá Velho”.

Portanto, não podemos correr o risco de assumir que os usuários dos serviços públicos de saúde mental aceitam passivamente formas de invasão cultural (FREIRE, 1977/2006). Como relata Chauí (1993) existe um jogo de conformismo e resistência no qual os produtores de cultura popular avaliam objetivamente suas limitações existenciais, porém conseguem utilizar – de modo subversivo e inconformado – os aspectos culturais que lhe são impostos, mantendo formas próprias de comunicar suas experiências culturais.

Também encontramos linhas de fuga ao determinismo das classificações psiquiátricas, visto que – mesmo estas – admitem a possibilidade de existirem transtornos não especificados. Segundo nossa ótica, esses só podem ser explicitados como aspectos da história de vida do sujeito. Ao mesmo tempo, a história nunca será completamente especificada e classificada, já que a construção das narrativas de sujeitos em sofrimento psíquico grave deixa um campo em aberto para que outras pessoas recontem as histórias. Assim é mantido o processo de construção de saberes sobre a condição humana de geração a geração (SAFRA, 2006b).

Deixar a construção da narrativa em aberto consiste em permitir que os nomes e as formas de reconhecimento sejam construídos por meio da singularidade e da territorialidade dos sujeitos. Assim, permite que Fátima não precise escolher entre *ser* “menina que brincava”, “doente crônica” ou “tocar tambor” em religião afro-brasileira. Do mesmo modo, reflete o lugar do usuário nos serviços substitutivos, no qual ele pode elaborar os próprios mecanismos de narrar suas experiências de sofrimento e construir seu projeto de vida *com* a cultura. Isso não significa defender que ele elabore sozinho seus mecanismos de cuidado, mas que possa construir junto *com* o profissional de saúde mental – pela via do diálogo (tenso e cheio de contradições) – os modos próprios de construir seu porvir.

Com isso, há a necessidade de o trabalho na atenção psicossocial abrir espaço para que a singularidade, a esperança e o fazer criador – inscritos nas experiências de sofrimento – sejam visibilizados (SAFRA, 2006a). Isso se dá por meio dos recursos e dos sistemas simbólicos oriundos de experiências *com* a cultura popular. Para tanto, retomamos a proposta de a clínica do sofrimento psíquico grave *estar com* o sujeito em sofrimento como intervenção clínica em si (SAFRA, 2004). Essa visa que seja reconstruída a relação do sujeito com seu cotidiano em seus pedidos de encontrar um

lugar de *comunidade de destino* (SAFRA, 2004), para seu enraizamento e estabelecimento de projeto de vida. Apontamos a necessidade de o usuário e de o trabalhador surpreenderem-se frente à multiplicidade de formas de reconhecimento e de transformação das experiências de sofrimento, atuando por meio de território existencial e cultural (LANCETTI, 2008).

A construção da narrativa, neste estudo, parece apontar a lugar transferencial que Fátima busca em sua relação comigo. Esse lugar aparece como campo de abertura a novos acontecimentos e ao *inédito*, assentado na tradição e na ancestralidade (SAFRA, 2009). Fátima pede que eu aceite sua “cronicidade”, ao mesmo tempo em que pede reconhecimento a outras formas de expressão *com* a cultura popular. O meu encontro transferencial com ela aponta para uma busca de superposição *entre* nossos campos do brincar, o que, para Winnicott (1971/1992), consiste na prática da psicoterapia, na qual o analista ocupa lugar de objeto subjetivo ao analisando. Naquele, podemos explorar outras formas de reconhecimento e de reposicionamento existencial, além de brincar com os objetos e fenômenos transicionais.

O sofrimento vivido por Fátima em não poder ocupar lugares nos quais é vista como saudável encontra em mim a demanda de construir uma clínica sensível às experiências dela na cultura popular. Nesse momento, existe uma disposição afetiva (MARTINS, 2005) – o *pathos* –, a qual permite que nós dois *sonhemos juntos* articulações entre aspectos da cultura popular e vivências de sofrimento psíquico grave. Devemos contextualizar que – durante a pesquisa – eu fazia parte de grupos de cultura popular. As minhas vivências *com* a cultura popular faziam com que meu percurso existencial e político também consistissem em abertura, em relação a compreender as experiências de Fátima *com* a cultura popular, para além de comportamentos desviantes, referentes a agrupamento de sinais e sintomas psiquiátricos.

Problematizamos a necessidade de os trabalhadores de saúde mental estarem dispostos a reconhecer também as experiências culturais dela, já que a superposição de duas áreas do brincar se dá com base na capacidade que o analista tem em brincar (WINNICOTT, 1971/1992). Para aqueles casos nos quais o sujeito em sofrimento não consegue brincar, por hesitar em seus gestos espontâneos que ficam escondidos por detrás do falso-*self* (WINNICOTT, 1960/1983), o primeiro passo é que ele consiga confiar na sustentação e no manejo ofertados pelo ambiente. Essas duas funções

também podem ser problematizadas à luz das experiências culturais, já que consistem em possibilidade de viver criativo e de uso dos objetos e dos fenômenos transicionais (WINNICOTT, 1971/1992). Desse modo, para que o sujeito possa reconstituir o seu brincar *com* a cultura, ele deve receber a sustentação dada pelo ambiente, por meio de recursos próprios de ordenar a realidade, de acordo com os sistemas simbólicos dos quais faz parte.

Assim, a prática psiquiátrica – propondo-se como atórica e objetiva – nega o trabalhador de saúde mental como sujeito, em sua presença viva pelas experiências culturais e seus sentimentos transferenciais. Curiosamente, essa tentativa de alcançar posição de objetividade produz efeito reverso, ou seja, faz com que os profissionais não percebam que as intervenções “neutras”, na realidade estão permeadas por meios de invasão cultural e não compreensão dos aspectos singulares dos sujeitos em sofrimento psíquico grave. Conforme pontua Freire (1967/2011), toda prática humana envolve uma tomada de posição no mundo, seja para a dominação ou para a libertação, mesmo que essa posição não seja intencional ou consciente.

Vemos que o trabalhador de saúde mental necessita de postura de humildade e abertura existencial, ao se dispor a construir *com* os grupos populares (FREIRE, 1974/2005). Isso não quer dizer que ele tenha que abdicar de seus construtos teóricos. Pelo contrário, ele só poderá surpreender-se com a complexidade do caso uma vez que tiver sólida fundamentação teórica (NASIO, 2001). Propomos dispositivos clínicos que tenham como padrão de sanidade que o sujeito assuma sua identidade cultural e pessoal (MOFFATT, 1982). Como aparece na narrativa de Fátima, as vivências de “pânico” poderiam ser compreendidas apenas como sintomas de um transtorno que demandaria a prescrição de psicofármacos para controlar a apresentação sintomatológica. Porém, à medida que nos dispomos a *estar com* ela em sua construção narrativa, vemos um processo de situar essas vivências desagregadoras e agonias impensáveis na história de vida e lutas políticas de Fátima.

Essa situação assemelha-se àquela narrada por Hidalgo (1998), ao contar que situações aparentemente delirantes da obra de Arthur Bispo do Rosário faziam referência a práticas realizadas em festejos e religiões populares. Acreditamos que o analista nas instituições de saúde mental deve compreender o sintoma como comunicação inconsciente e compromisso com o desejo (FREUD, 1926/1996), mas

também sinalizando caminhos de esperança pelo sofrer criador (SAFRA, 2006a), mediado por recursos da cultura popular. Esse fazer criativo só pode ser acessado se o trabalhador de saúde mental estiver aberto para afetar-se com as experiências do outro, na construção do caso pela via da transferência (FIGUEIREDO, 2004). Essa construção se dá também pelo reconhecimento das experiências culturais do trabalhador e da possibilidade de diálogo entre essas e as experiências do usuário em sua cultura.

É interessante notarmos que, na história da psiquiatria, alguns dos sujeitos que eram tratados como doentes mentais – por terem comportamentos fora do padrão de normalidade – eram sujeitos que davam contorno às experiências de sofrimento por meio de recursos da cultura popular. No momento em que eles não se enquadravam ao quadro simbólico proposto pela classificação psiquiátrica, por apresentarem formas de sofrimento até então inclassificáveis, eram levados a espaços de confinamento frente às vivências de sofrimento (MOFFATT, 1982). Na narrativa apresentada, a dificuldade de Fátima em assumir os aspectos saudáveis frente aos profissionais do CAPS poderia ser analisada como os “ganhos secundários” buscados no tratamento. Porém, se situamos a queixa da usuária quanto à relação com a mãe, e ao legado transgeracional das lutas populares pela fixação dos moradores do Paranoá, são abertos campos de análise diferenciados.

A construção da narrativa também trouxe à tona o modo como pode ser trabalhado o estabelecimento de projeto de vida, por meio de recursos da cultura popular. Na narrativa, notamos que a construção de projeto de vida não era realizada por fala reflexiva e racional, em relação às formulações do porvir da usuária. Pelo contrário, quando questionada em relação a essa categoria, a usuária discutia as próprias conquistas e a necessidade de seu projeto de vida situar-se frente às suas demandas cotidianas de subsistência, o que se dava pela via imaginativa do sonhar.

Muitos dos serviços de saúde mental consideram que estão fomentando a autonomia e o protagonismo dos usuários lhes perguntando de quais atividades e modalidades terapêuticas eles têm interesse em participar. Conforme discutimos nesse estudo, a cultura popular ainda está em contexto de cultura de silêncio (FREIRE, 1976/2011) e está inserida em um processo histórico colonizador de confinamento, empresariamento, canibalização e espetacularização das produções populares (CARVALHO, 2005, 2007). Por outro lado, há um movimento de reivindicação de



autoria e reconhecimento pelos produtores de cultura popular (BRANDÃO, 2009), o que pode ser discutido no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Acreditamos ser possível a desconstrução dos *desejos de manicômio* (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006) e da estigmatização dos sujeitos considerados “loucos”, pelo estudo dos mecanismos próprios de construção de projeto de vida e de caminhos esperançosos dos sujeitos das classes populares em sofrimento psíquico grave. A narrativa aponta para que sejam propostos dispositivos clínicos nos quais os usuários possam encontrar *setting* confiável em que tenham a esperança de descongelar as situações de fracasso ambiental (WINNICOT, 1954/1993). Ao mesmo tempo, deve ser contextualizada a necessidade de o projeto de vida também levar em conta as demandas cotidianas de luta por moradia, subsistência, trabalho e reconhecimento, características da cultura popular (VASCONCELOS, 2008). Assim, encontramos a esperança dos usuários como um indicador de viver criativo em potencial, além de consistir em recurso clínico para a projeção existencial e para a transformação das experiências de sofrimento por meio de recursos da cultura popular.

Outra questão a ser discutida é o modo como a religiosidade popular despontou como recurso clínico na narrativa apresentada. Inicialmente, não havíamos estabelecido como foco desta pesquisa o estudo das especificidades da religiosidade popular. Porém, nos abrimos a analisar essa categoria ao nos depararmos com o modo com que Fátima conseguia encontrar espaço no qual podia não ser discriminada e viver transformações das experiências de sofrimento em contexto ritual (RABELO, MOTA & NUNES, 2002). A análise da narrativa permitiu notar que a religiosidade popular aparece como uma possibilidade do fazer criativo por meio de recursos da cultura popular. Essa pode ser compreendida como transmissão de saberes pela oralidade com temporalidade própria, utilizando aspectos do cotidiano dos grupos populares (CARVALHO, 2007).

Também compreendemos que – na narrativa apresentada – a religiosidade consistia em espaço de busca do *self*, nos aspectos criativos e esperançosos em encontrar nas experiências culturais o que havia criado na realidade interna (WINNICOTT, 1959/1994, 1971/1992). Portanto, as experiências de Fátima em Centro de Umbanda parecem apontar para aspectos do brincar *com* a cultura, no qual ela pôde reencontrar aquela criança que brincava em meio às lutas populares. Apesar disso, não defendemos o posicionamento de que determinada religião é, em si, espaço de cuidado e

acolhimento ao sofrimento psíquico grave. Problematizamos a religião como sistema simbólico (BIZERRIL, 2002), de modo que essa pode consistir tanto em espaço de transformação de experiências de sofrimento, quanto de vivências desagregadoras.

A religião pode ser recurso clínico na medida em que aparece como meio de ordenamento da realidade para o sujeito, encontrando legitimidade na comunidade e tendo, para o sujeito, eficácia simbólica (LEVI-STRAUSS, 1949/1970). Cabe situar que uma das especificidades das religiões afro-brasileiras, no cuidado a sujeitos em sofrimento psíquico grave, é a compreensão dos comportamentos desviantes e apresentações delirantes como algo positivo que releva experiências místicas (RABELO, MOTA & NUNES, 2002). Encontramos nesse sistema simbólico a tolerância aos sintomas psiquiátricos e a compreensão desses como mecanismo de comunicação entre orixá e praticante. Diferentemente da prática psiquiátrica nosológica, essa forma de religiosidade permite conectar a apresentação sintomatológica como aspecto da história de vida do sujeito em sua experiência *com* a cultura e a religiosidade.

Por fim, é levantado neste estudo que a religiosidade popular, e outros aspectos da cultura popular, são recursos que já existem e são utilizados pelos grupos populares, concomitantemente ao tratamento ofertado pelos CAPS. Portanto, uma proposta de clínica que permita *estar com* os sujeitos em sofrimento psíquico grave, pode utilizar-se da abertura do trabalhador de saúde mental a compreender os saberes populares por meio dos mecanismos próprios de transmissão e continuidade. Desse modo, não pode consistir em prática neutra ou abstinente.

Estamos apontando a necessidade de reconhecer as lutas populares na denúncia de situações de opressão e anúncio de um *inédito viável* (FREIRE, 1967/2011), no cotidiano das atividades do CAPS, e no território existencial e cultural dos sujeitos. Reconhecemos a contribuição de estudos que vêm problematizando essas mesmas questões no campo dos movimentos sociais e espaços macropolíticos (CUNHA et al., 2010; VASCONCELOS, 2008), porém, retomamos a necessidade de essas propostas serem levadas ao cotidiano dos CAPS e aos desafios existenciais dos sujeitos em sofrimento psíquico grave.

## Considerações Finais

Esta pesquisa buscou ajudar na construção de indicadores para a atenção a sujeitos em sofrimento psíquico grave, por meio de recursos da cultura popular. Acreditamos que alguns dos aspectos da construção da narrativa apresentada permitem pontuar modos de fazer *com* os produtores da cultura popular, no cotidiano dos serviços de saúde mental. Ao mesmo tempo, essa postura pode possibilitar a construção de um *saber democrático* na saúde mental (VIGANÓ, 1999), o qual permite relativizar os saberes científicos, para reconhecer os mecanismos próprios que os sujeitos das classes populares utilizam para dar contorno às suas experiências de sofrimento e estabelecer seu porvir existencialmente.

Acreditamos que também pontuamos o papel do analista, ao “fazer outras coisas” (AIELLO-VAISBERG & AMBRÓSIO, 2009; WINNICOTT, 1962/1983) que sejam necessárias aos diferentes modos de sofrimento apresentados nos serviços de saúde mental. Nas instituições de saúde mental, o analista pode auxiliar na compreensão das experiências que eram vividas pelos sujeitos como *destino* inexorável, de modo que essas sejam reposicionadas frente às suas motivações inconscientes (WINNICOTT, 2011) e à sua ruptura *com* aspectos de seu enraizamento na cultura (SAFRA, 1998).

Refletindo sobre o processo de escrita da construção da narrativa, pela via da transferência, acredito que a escrita permitiu construir uma *distância justa* (MEZAN, 1998a) em relação às minhas vivências transferenciais com Fátima. Com isso, buscamos que a Pesquisa em Psicanálise permita o trânsito entre a singularidade da narrativa construída pelos lugares transferenciais ocupados pelo analista e as articulações desta a problemáticas clínicas e políticas, inseridas no desafio de cuidar em liberdade nos serviços substitutivos à lógica asilar-manicomial (PITTA, 2011). Portanto, consiste em meio de o analista adaptar-se às demandas, mantendo o rigor exigido à prática analítica.

Esperamos que o presente estudo permita o aprofundamento dos modos de escuta e presença sensível a aspectos da cultura popular, assim como possibilite que os profissionais dos serviços de saúde mental possam fortalecer recursos dos usuários nos tratamentos. O material produzido nesta pesquisa pode também servir a posteriores

levantamentos bibliográficos e elaborações de projetos de pesquisa. Acreditamos que um dos desdobramentos deste estudo é a apresentação dos resultados e das discussões à equipe multiprofissional, com o intuito de que os achados possam ser socializados e problematizados frente aos desafios cotidianos do CAPS.

Por outro lado, reconhecemos as limitações deste estudo, devido ao fato de ele ter caráter exploratório, e, portanto, abrir campos de análise que não tiveram a oportunidade de aprofundamento, como é o caso do estudo da religiosidade popular. A discussão em torno da religiosidade popular merece estudos futuros que desenvolvam as especificidades de cada sistema simbólico de ordenamento de realidade, visto que nosso estudo apenas apontou aspectos gerais em relação às transformações das experiências de sofrimento de uma usuária.

Buscando respeitar os mecanismos próprios de transmissão de saber e da produção pela cultura popular, são necessários estudos que proponham intervenções clínicas em metodologias que privilegiem aspectos da cultura popular, como acontece na proposta dos Círculos de Cultura (FREIRE, 1967/2011). Do mesmo modo, vemos a necessidade de que sejam realizados estudos que discutam a utilização dos recursos clínicos da cultura popular em diferentes dispositivos da Reforma Psiquiátrica como os grupos terapêuticos e as visitas domiciliares.

Portanto, assim como propusemos em relação ao não fechamento da narrativa estudada, também acreditamos que esta pesquisa encontra-se em aberto para ser reconstruída por outros pesquisadores e ser aprofundada no futuro. Desse modo, a narrativa sobre a cultura popular como recurso clínico também pode ficar em aberto para que seja recontada por outros atores que permitam construir um campo de estudos polifônico e orientado pela complexidade.

## Referências

- ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AIELLO-VAISBERG, T. M.; AMBRÓSIO, F. F. O Estilo Clínico Ser e Fazer como Experiência Brincante. In: FERREIRA, A. M. (Org.). *A presença de Winnicott no viver criativo: diversidade e interlocução*. São Paulo: Zy, 2009, p. 174-180.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface comunic., Saúde, Educ*, v.10, n.20. p. 299-316, 2006.
- ASSARÉ, P. [Antônio Gonçalves da Silva]. *Cante lá, que Eu Canto cá*. Rio de Janeiro: Vozes, 1978.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA – APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- BENJAMIM, W. (1936). O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: \_\_\_\_\_. *Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BEZERRA Jr., B. É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4598-4550, 2011.
- BIZERRIL, J. Experiência Religiosa e Psicopatologia. In: UNICEUB. *Anais do I Congresso de ciências da saúde do UNICEUB*. Distrito Federal: UNICEUB, 2002.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- BRANDÃO, C. R. *Lutar com a Palavra: escritos sobre o trabalho do educador popular*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRANDÃO, C. R. Vocação de criar: anotações sobre a cultura e as culturas populares. *Cadernos de Pesquisa*, v. 39, n.138, p.715-746, set/dez. 2009.
- BRASIL. *Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004.
- BRASIL. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial*. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2010.

- BRASIL. *Saúde Mental em dados* – 8. Ministério da Saúde, ano VI, nº 8, informativo eletrônico. Brasília, 2011.
- CALADO, A. J. F. *Memória Histórica e Movimentos Sociais: ecos libertários de heresias medievais na contemporaneidade*. João Pessoa: Ideia, 1999.
- CARVALHO, J. J. Culturas populares: contra a pirâmide de prestígios e por ações afirmativas. In: MINISTÉRIO DA CULTURA. *I Seminário Nacional de Políticas Públicas para as Culturas Populares*. São Paulo: Instituto Polis, 2005, p. 34-39.
- CARVALHO, J. J. Espetacularização e Canibalização das Culturas Populares In: MINISTÉRIO DA CULTURA. *I Encontro Sul-Americano das Culturas Populares e II Seminário Nacional de Políticas Públicas para as Culturas Populares*. São Paulo: Instituto Polis, 2007, p. 79-101.
- CASTRO, G. *Paranoá em quadros e versos: um outro olhar sobre Brasília*. Brasília: Edição do autor, 2009.
- CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v.16, n.12, 2011.
- CHARTIER, R. “Cultura Popular”: revisitando um conceito historiográfico. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 8, n.16, p.179-192, 1995.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e Resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- CODEPLAN-DF. (SIEDF). *Informações socioeconômicas da região administrativa VII: Paranoá*. Brasília, 2011.
- COSTA, I. I. *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: Positiva/Abraffip, 2003.
- COSTA, I. I. Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: *Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Pulsional, 2006. Disponível em: <[http://www.awmueller.com/deposito/prevencao\\_psicoses.pdf](http://www.awmueller.com/deposito/prevencao_psicoses.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- COSTA, I. I. Crises psíquicas do tipo psicótico: diferenciando e distanciando sofrimento psíquico grave de “psicose” In: \_\_\_\_\_. (Org.) *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco, 2010a. p. 57-63.
- COSTA, I. I. Psicose: um conceito (?) absolutamente impreciso. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem*

- complexa. Brasília: Kaco, 2010b. p. 33-56.
- CRESWELL, J. W.; Clark, V. L. P. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. London, Sage, 2007.
- CUNHA, A. C. et al. Educação Popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.19, n. 2, p. 462-474, 2010.
- DIAS, E. O. A clínica das psicoses e a teoria do amadurecimento de Winnicott. *Infanto – Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.*, v. 7, supl.1, p.15-19, 1999.
- DIAS, E. O. A teoria Winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. In: DIAS, E. O; LOPARIK, Z. (orgs.). *Winnicott na Escola de São Paulo*. São Paulo: DWW editorial, 2011.
- DELL’AQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005, p. 161-194.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- DESVIAT, M. Panorama Internacional da Reforma Psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4615-4621, 2011.
- DUTRA, E. A Narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, v.7, n.2, p. 371-378, 2002.
- ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- FÉDIDA, P. *Nome, Figura e Memória: a linguagem na situação analítica*. São Paulo: Escuta, 1992.
- FERENCZI, S. (1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- FIGUEIREDO, L. C. A fabricação do estranho: notas sobre uma hermenêutica “negativa”. *Boletim de novidade pulsional*, n. 57, p. 17-22, 1994.
- FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.7, n.1, p 75-86, março de 2004.
- FREIRE, P. (1967). *Educação como prática de liberdade*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.
- FREIRE, P. (1974). *Pedagogia do Oprimido*. 46ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FREIRE, P. (1976). *Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos*. 14ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2011.

- FREIRE, P. (1977). *Extensão ou Comunicação?* 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.
- FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- FREUD, S. (1900). *A Interpretação dos Sonhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição *Standard* das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 5).
- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 119-217. (Edição *Standard* das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 7).
- FREUD, S. (1926). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: \_\_\_\_\_. *Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade/ Análise Leiga e outros Trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 95-201. (Edição *Standard* das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 20).
- FREUD, S. (1937). Construções em Análise In: \_\_\_\_\_. *Moisés e o Monoteísmo. Esboço de Psicanálise e outros trabalhos*. Trad. Sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 291-304. (Edição *Standard* das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 3).
- FURTADO, J.; MIRANDA, L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.9, n.3, p 508-524, setembro 2006.
- GODOY, L. B. Uma veste para nossos sonhos: o lugar da cultura no pensamento winnicottiano. In: FERREIRA, A. M. (org.). *Espaço Potencial Winnicott: diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy, 2007, p. 98-117.
- GRIGOLO, T. O Sofrimento Psíquico Grave e os princípios para uma nova clínica no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: COSTA, I. I.(org.) *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco, 2010. p. 220-230.
- HEIDEGGER, M. (1927). *Ser e Tempo*. 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- HIDALGO, L. *Arthur Bispo do Rosário – o senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.
- HISADA, S. *Clínica do Setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- KHAN, M. R. Introduction. In: WINNICOTT, D. W. *Holding and Interpretation:*



- fragment of an analysis. New York: Grove Press, 1986.
- KUPERMANN, D. *Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- LANCETTI, A. Clínica Grupal com Psicóticos. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *SaúdeLoucura: Grupos e Coletivos*. São Paulo: Hucitec, v.4, 1993, p. 155-173.
- LANCETTI, A. A Clínica como ela era. In: LANCETTI, A. (Org.). *SaúdeLoucura: a clínica como ela é*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 181-192.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. 3. ed. São Paulo: Hucitec. SaúdeLoucura, v. 20. Série Políticas do Desejo, 2008.
- LEAL, E. M. et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos da assistência psiquiátrica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.9, n.3, p. 433-436, setembro 2006.
- LEAL, E. M. Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In: FILHO, J. F. S. *Psicopatologia Hoje*. Coleções IPUB. RJ: Contracapa, 2007.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1949). A eficácia simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: tempo brasileiro, 1970.
- LIMA, V. A. *Comunicação e Cultura: as ideias de Paulo Freire*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
- LO BIANCO, A. C. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. *Psico-USF*, v.8, n.2, p. 115-123, jul/dez, 2003.
- LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4590-4592, 2011.
- PINTO, J. M. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 12, n.3, Porto Alegre, 1999.
- MARTINS, F. *Psicopatologia I: Prolegômenos*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.
- MARX, K.; ENGELS, F. (1847). *O Manifesto do partido comunista*. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- MELO NETO, J. F. O que é Popular? In: BRENNAND, E. G. G. *O Labirinto da Educação Popular*. João Pessoa: Editora da UFPB, 2003, v.1. p. 33-57.
- MEZAN, R. *Escrever a Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998a.
- MEZAN, R. Sobre a pesquisa em psicanálise. *Psychê*, ano II, n.2, São Paulo, p. 79-97, 1998b.
- MIRANDA, L. *Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos*. Tese (Doutorado em Medicina).

- Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.
- MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.13, n.3, p 441-456, setembro 2010.
- MOFFATT, A. *Psicoterapia do Oprimido: Ideologia e técnica da psiquiatria popular*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1982.
- MOURA, A.; NIKOS, I. Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XIII, n.140/141, p. 69-76, 2000.
- NAFFAH NETO, A. A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Natureza Humana*, n.9, v.2, p. 221-242, jul-dez, 2007.
- NASIO, J. D. Que é um caso? In: NASIO, J. D. (org.). *Os Grandes Casos de Psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001, p. 9-32.
- ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Saúde Pública*, n. 6, v. 42, p. 1090-1096, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS (org.). *Classificação de Transtornos mentais e de Comportamentos da CID – 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4579-4589, 2011.
- RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (orgs.). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- RABELO, M. C.; MOTTA, S. B.; NUNES, J. R. Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93-121, 2002.
- REIS, R. H. *A constituição do sujeito político, epistemológico e amoroso na alfabetização de jovens e adultos*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, 2000.
- ROLNIK, S. Clínica Nômade. In: EQUIPE DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS DO INSTITUTO A CASA. (orgs.). *Crise e Cidade: Acompanhamento terapêutico*. São Paulo: EDUC, 1997, p. 83-97.
- ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento

- psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- RUSS, J. *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Scipione, 2003.
- SAFRA, G. A loucura como ausência de cotidiano. *Psyche*, São Paulo, v.2, n.2, p. 99-108, 1998.
- SAFRA, G. *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.
- SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida: Ideias e Letras, 2005.
- SAFRA, G. *A hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal*. São Paulo: Sobornost, 2006a.
- SAFRA, G. *Desvelando a memória do humano: o brincar, o narrar, o corpo, o sagrado, o silêncio*. São Paulo: Sobornost, 2006b.
- SAFRA, G. Seminário de Gilberto Safra no SEDES. In: FERREIRA, A. M. (org.). *Espaço Potencial Winnicott: diversidade e interlocução*. São Paulo: Landy, 2007, p. 49-66.
- SAFRA, G. Introdução: Alguns princípios fundamentais subjacentes à clínica winnicottiana. In: FERREIRA, A. M. (org.). *A presença de Winnicott no viver criativo: diversidade e interlocução*. São Paulo: Zy, 2009, p. 13-23.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 4 ed. Porto: edições afrontamento, 1995.
- SAURET, M. J. A pesquisa clínica em psicanálise. *Psicologia USP*, v. 3, n. 14, p. 89-104, 2003.
- TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, n.1, v. 9, p. 25-59, janeiro-abril 2002.
- TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. (orgs.). *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 55-72.
- VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular nos serviços de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, n.8, fevereiro, 2001a.
- VASCONCELOS, E. M. et. al. *Educação Popular e a Atenção em Saúde da Família*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001b.

- VASCONCELOS, E. M. et al. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- VASCONCELOS, E. M. Atenção em Saúde Mental inspirada na cultura e nas lutas populares: indicações a partir da antropologia do nervoso e de duas experiências locais no Brasil. In: \_\_\_\_\_. (org.). *Abordagens Psicossociais. Vol.2: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 229-289.
- VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, Belo Horizonte, n.13, p. 50-59, setembro de 1999.
- VIVEIROS DE CASTRO, M. L. C. Culturas populares: múltiplas leituras. In: *I Seminário Nacional de Políticas Públicas para as Culturas Populares*. São Paulo: Instituto Polis, 2005, p. 28-33.
- WINNICOTT, D. W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: \_\_\_\_\_. *Textos Seleccionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 269-285.
- WINNICOTT, D. W. (1952) Psicose e Cuidados Maternos. In: \_\_\_\_\_. *Textos Seleccionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 375-387.
- WINNICOTT, D. W. (1953). A tolerância do sintoma na pediatria – a história de um caso. *Textos Seleccionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 211-232.
- WINNICOTT, D. W. (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do *setting* psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. *Textos Seleccionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 459-481.
- WINNICOTT, D. W. (1955) Variedades clínicas da transferência. In: \_\_\_\_\_. *Textos Seleccionados – da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993, p. 483-489.
- WINNICOTT, D. W. (1958). A Capacidade de estar só. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 31-37.
- WINNICOTT, D. W. (1959). O destino do objeto transicional. In: WINNICOTT, C.; SHEPERD, R.; DAVIS, M. (orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 44-48.
- WINNICOTT, D. W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self*. In:

- \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 128-139.
- WINNICOTT, D. W. (1962). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 152-155.
- WINNICOTT, D. W. (1963). Os doentes mentais na prática clínica. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 196-206.
- WINNICOTT, D. W. (1963). O medo do colapso (*breakdown*). In: WINNICOTT, C.; SHEPERD, R.; DAVIS, M. (orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 70-76.
- WINNICOTT, D. W. (1959-1964). Classificação: Existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p.114-127.
- WINNICOTT, D. W. (1965). *A família e o desenvolvimento individual*. Belo Horizonte: interlivros, 1980.
- WINNICOTT, D. W. (1968). Brincar e a Cultura. In: WINNICOTT, C.; SHEPERD, R.; DAVIS, M. (orgs.). *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994, p. 160-162.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London/New York: Tavistock/Routledge, 1992.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.
- WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WINNICOTT, D. W. *Tudo começa em casa*. 5ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

## **ANEXOS**

(ANEXO 1)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de mestrado intitulado “Análise das dimensões clínicas da cultura popular para sujeitos em sofrimento psíquico grave”. O nosso objetivo é analisar o modo como os usuários deste serviço de saúde vivenciam seu sofrimento, a partir de sua cultura. Tem como justificativa a necessidade de inserir novas práticas nos serviços de Saúde Mental, que possam resultar em benefícios às pessoas com sofrimento psíquico grave. Tem como possível benefício que os profissionais dos serviços de saúde mental sejam mais sensíveis ao modo como os usuários percebem seu sofrimento e valorizem os seus conhecimentos no tratamento.

O(a) Senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários, antes, e no decorrer da pesquisa, e lhe asseguramos que sua imagem e seu nome não aparecerão, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será através de resposta à entrevista, registrada em papel e gravador digital. Sugerimos que as entrevistas sejam realizadas em seu domicílio, não havendo tempo pré-determinado para responder à entrevista, sendo respeitado o tempo de cada um para isto. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a) em seu atendimento. A transcrição da entrevista lhe será apresentada, e só será utilizada na pesquisa, caso o(a) Senhor(a) autorizá-las.

Os resultados da pesquisa serão divulgados à equipe do CAPS II e do Hospital Regional do Paranoá, além de ser apresentados em defesa de dissertação de mestrado, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador responsável.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: o pesquisador responsável Psic. Filipe Willadino Braga, CRP 01/15020, telefone 34091134, ou para o orientador Prof. Ileno Izídio da Costa, telefone 32738894.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. Qualquer dúvida em relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa, podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa e/ou responsável legal.

---

Usuário ou Responsável Legal  
Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## (ANEXO 2)

### Roteiro de Entrevista Narrativa

1- Conte-me um pouco sobre você.

(Se for necessário: onde e com quem vive, o que costuma fazer no dia a dia, do que gosta, do que não gosta, pessoas com quem se encontra, lugares que frequenta, problemas que vem enfrentando)

2- Se mencionar um sofrimento psíquico ou doença: Como é a sua doença? E, como é a história dela (quando começou, como foi acontecendo ao longo do tempo)?

Se não mencionar: Você tem algum tipo de sofrimento forte, que te atrapalha? Ou algum problema de saúde relacionado com os seus sentimentos, suas emoções, seu jeito de viver? Como é esse sofrimento ou esse problema? Como ele começou?

3- Quais apoios você buscou na sua comunidade? (Serviços de saúde, práticas populares de saúde, religião, grupos de apoio, grupos culturais).

4- Como você cuida da sua saúde e em quais locais você se sente melhor? Quais recursos você tem para lidar com isto? Em relação a esses, você aprendeu eles com quem (de que modo? Transmissão oral, educação formal, experiências de vida)?

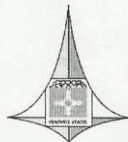
5- Quais são seus planos e maiores sonhos?

6- Seu tratamento oferece alguma ajuda para alcançar esses planos/sonhos? Ajuda no que?



(ANEXO 3)

Comprovante de Aprovação da Pesquisa pelo comitê de ética da FEPECS

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**FEPECS**  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**GDF**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 014/2012

PROCOLO Nº DO PROJETO: 581/2011 – ANÁLISE DAS DIMENSÕES CLÍNICAS DA CULTURA POPULAR PARA SUJEITOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

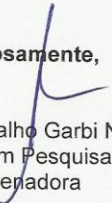
Validade do Parecer: 10/01/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 11 de janeiro de 2012.

Atenciosamente,



Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

---

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br  
SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP: 70.710-907  
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE