

Estratégias clínicas: a construção de projetos terapêuticos e o acompanhamento terapêutico-at na atenção psicossocial.

Clinical strategies: building therapeutic projects and the therapeutic accompaniment as psychosocial care.

Fernando Brandalise¹

Gabriela Lyra Rosa²

Resumo: No artigo é apresentado uma forma de construção de projetos terapêuticos individualizados no campo da saúde mental. É apresentado também um exemplo de acompanhamento terapêutico objetivando ampliar a compreensão desta estratégia clínica.

Palavras chave: Saúde mental, projetos terapêuticos, acompanhamento terapêutico.

Abstract: This article presents a form of building up individual therapeutic projects on mental health treatment. It also brings an example of therapeutic accompaniment in order to clarify and enrich the understanding of this clinical strategy.

Keywords: Mental health, therapeutic projects, therapeutic accompaniment.

¹ Psicólogo com pós-graduação em Saúde Pública na Unicamp, especialização em Programa de Saúde da Família e mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Saúde Mental Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Acompanhamento Terapêutico - AT. Fundador em 2008 do Instituto de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico - IPAT. E-mail: ipat@ipat-psico.com

² Psicóloga de orientação analítica com formação em Acompanhamento Terapêutico. Autora da pesquisa "Acompanhamento Terapêutico: Uma estratégia de intervenção clínica nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental de Santa Catarina". Membro do Núcleo Catarinense de Acompanhamento Terapêutico-NUCAT. Fundadora do Instituto de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico – IPAT. E-mail: ipat@ipat-psico.com

Introdução

É comum sermos procurados em nosso serviço de saúde mental, o Instituto de Psicologia e Acompanhamento Terapêutico - IPAT e indagados: “Atendem dependentes químicos?” (sic), “Atendem casos de depressão e fobia social? (sic). “Atendem esquizofrênicos?” (sic). Estes fatos motivaram em parte, a discussão que faremos a seguir.

Iniciamos deixando explícito: Nós, profissionais de saúde, atendemos *pessoas*! São pessoas que se apresentam em determinado momento demandando intervenções de saúde e requerem nosso acolhimento, nosso cuidado e escuta. A elaboração de um projeto terapêutico individualizado adequado, torna-se consequência disto.

Uma pessoa em sofrimento pode ser alguém que parou de trabalhar ou de estudar e que iniciou um processo de isolamento social, provavelmente contra seu próprio desejo; por se sentir incapaz, ou por sentir medo de enfrentar a realidade que a ameaça ao sair de casa; ao perder seu trabalho, ao sofrer uma perda importante. Pode ser uma pessoa que vivencia um sofrimento intenso por fazer uso abusivo ou excessivo de alguma substância, como o álcool, as drogas ilícitas ou até mesmo comida. Ou recorrer a estes como a única saída possível diante de uma realidade insuportável.

O que teremos sempre é alguém que nos trará sua dor psíquica, seu sofrimento, sua queixa, que nunca se resumirá a um diagnóstico provindo de (um Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* - DSM IV(2000, XXI)⁵ e este, por sua vez, não terá valia a nós profissionais (e menos ainda ao paciente) para a construção de um projeto terapêutico individualizado. Porque suas dores, medos, angústias ou dificuldades não são frutos de falhas bioquímicas localizadas no cérebro, são na realidade reflexos, efeitos de um contexto muitas vezes opressor, perverso, aniquilador do sujeito, onde o diagnóstico tem como consequência simplesmente reduzir e responsabilizar o sujeito por todo um sistema que ignora, discrimina, mascara a sujeição dos indivíduos a meros objetos de violência.*

Além disso, são intensas as consequências iatrogênicas sobre a identidade do paciente, que advém da comunicação de uma hipótese diagnóstico psiquiátrica, que conduz o

* Trata-se de um padrão de classificação diagnóstica mundial. Dentre ele os mais utilizados são: Classificação Internacional de Doenças, (CID 10) e o Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV). De acordo com DSM IV os dois possuem critérios compatíveis.

* Veja como exemplo desta problemática o filme “Estamira”

indivíduo a uma transformação de sua auto-imagem, passando a ser visto a partir deste momento com descrédito por si e pelos outros com quem convive¹⁴. Sobre a temática em pauta, há uma interessante reflexão psicanalítica sobre a mesma questão, em um artigo intitulado “A ética psicanalítica do diagnóstico”, quando retoma uma idéia de Lacan: o significante mata a Coisa¹⁰. O que ocorre quando informamos um diagnóstico psiquiátrico, segundo o autor é que acabamos por petrificar o sujeito com o significante imposto sobre ele. Mata-se o sujeito.

Basaglia¹ também dedicou-se ao assunto, refletindo sobre o mandato social da psiquiatria e afirmando que quando alguém se relaciona com uma pessoa sabendo que se trata de um indivíduo esquizofrênico, a relação que se estabelecerá não ultrapassará ao esperado da “esquizofrenicidade” do interlocutor. No mesmo caminho, Goffman⁷ chamou de carreira moral o processo pelo qual passa uma pessoa que é vista e tratada como um doente. Há a apropriação de uma nova história de vida, agora pautada na doença. A pessoa passa a apresentar sua vida a partir de uma racionalidade médica.

Contudo, a idéia que daremos maior destaque neste texto, diz respeito à elaboração de projetos terapêuticos, com ênfase na clínica do Acompanhamento Terapêutico - AT. Com base no que foi discutido anteriormente, entende-se que: “Na realidade, o diagnóstico por si só NÃO é um instrumento de grande utilidade para estabelecer a estratégia de intervenção...”.¹² Talvez apenas para um médico, que a partir do diagnóstico, saiba qual é a medicação mais adequada para ser orientada; mas ainda nestes casos, sabe-se que “a intervenção farmacológica que se está realizando “não consegue alterar as raízes do (as causas ou mecanismos) problema”. Ou seja, existe um consenso em psicofarmacologia de que os tratamentos são sintomáticos (p.36). Não negamos a importância da medicação em alguns casos, mas negamos sua centralidade.

Como construir projetos terapêuticos individualizados?

Acolhimento, Vínculo e Responsabilização é o tripé que alicerça as intervenções em saúde. Acolhimento inicial se refere a um posicionamento ético frente ao sofrimento daquele que nos procura e atender à sua demanda de ser escutado; trata-se de uma posição imprescindível de todo o cuidador. Vínculo que implica uma relação de confiança estabelecida após a continência das angústias apresentadas. E Responsabilização pela elaboração, condução e avaliação de um projeto terapêutico individual, que implique o sujeito como co-autor do projeto. Sobre o vínculo e a responsabilização, como aspectos essenciais do cuidado, vale citar as reflexões organizadas por Souza¹⁵, “quando se cuida de alguém, cuida-se incondicionalmente. Assim como não se nega atendimento a um diabético porque não

seguiu a dieta, não se pode deixar de atender a um alcoólatra porque ele não parou de beber; igualmente, não se dá “alta administrativa” a um paciente porque seu comportamento foi inadequado. Para cuidar das pessoas de trato mais difícil, é preciso criar estratégias, e não impor condições”(p.43).

Quando uma pessoa nos procura, partimos de antemão de uma compreensão de Clínica Ampliada⁴, isto significa que um projeto terapêutico sempre articulará estratégias que contemplem três eixos: o biológico, o subjetivo e o social.

Campos⁴ enfatiza que trabalhar com os três eixos é muito difícil e a tendência mais comum é o direcionamento das ações em pólos extremos, operando-se somente com a doença (clínica tradicional) ou somente com a dimensão social do Sujeito (a política dispensaria o terapêutico). Assim, “ o desafio estaria em inventar Projetos Terapêuticos que combinassem estas duas linhas conforme as necessidades de cada caso e em acordo com as condições e recursos existentes à disposição das Equipes de Saúde. Então, realizar uma clínica ampliada exigiria tratar-se de todas as dimensões do Sujeito: Sujeito/cidadão – com direitos à habitação, à liberdade, ao trabalho, etc-; Sujeito/subjetivo – um ser que necessita apoio em suas angústias, sofrimentos e inibições, etc-; e Sujeito/biológico – atendido e protegido naquilo em que o orgânico o estiver ameaçando” (p.2).

Levando em consideração os três eixos organizadores do cuidado, um modelo de atenção à saúde adequado, seria aquele que articula os recursos disponíveis na comunidade que mais se aproximam às necessidades dos casos. É importante destacar que esta forma de pensar a construção de projetos terapêuticos está inserida em um campo amplo de reformulação de saberes, práticas e instituições, ligadas a Saúde Mental.

Trata-se do campo da Atenção Psicossocial, que pós reforma psiquiátrica, para além de mudanças nos locais de tratamento, traz uma reflexão epistemológica referente à prática clínica. Neste contexto dois conceitos então entraram em cena para serem discutidos: O conceito de reabilitação psicossocial e o conceito de autonomia. O primeiro, já bastante discutido na literatura, que designaremos de “psicossocial”, remeteria a idéia de aumentar o poder de contrato dos sujeitos, em suas trocas afetivas, materiais, e de mensagem. É um conceito desenvolvido principalmente por Saraceno¹³ que afirma que algumas pessoas possuem pouco poder de negociação nas esferas citadas, e é sobre este fato que podemos pensar estratégias clínicas. O segundo, diz respeito a aumentar as redes de interdependências dos sujeitos. Pois autonomia não significa independência¹⁶, pois todos nós dependemos de uma ampla rede de relações, ou seja, não somos independentes no sentido de não

dependermos de nada. A questão, muitas vezes, é a de que o paciente psiquiatrizado depende muito de uma coisa só. Apenas o seu quarto, sua televisão, sua mãe, por exemplo...

Diante disto, uma discussão sobre uma mudança de compreensão biomédica de determinação dos quadros de sofrimentos psíquicos desponta, e é, em parte, substituída por uma compreensão sócio-histórica, experiencial de determinação dos problemas. Assim, se entendermos que nosso trabalho se direciona para o exercício de cidadania da pessoa que acompanhamos, de lidar com o sujeito em suas situações concretas de existência, todas as estratégias de inclusão, do estabelecimento de um laço social, são bem vindas, quando planejarmos um projeto terapêutico.

Se pedisse a você leitor: Elabore um projeto terapêutico para um paciente com um diagnóstico de esquizofrenia paranóide com sintomas esquizóides. O que você faria? Bem, suponho que quase nada, pois não conhecemos nosso interlocutor, sua história, seus impasses, enfim nós não o escutamos e não sabemos quase nada sobre ele, apenas seu diagnóstico.

Agora apresentamos o Chico: Após um período de internação, Chico foi encaminhado para um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e, até aquele momento, completava um ano de tratamento. Antes de ingressar no CAPS, o usuário tinha sido diagnosticado como Portador de Transtorno Obsessivo Compulsivo. A medicação que recebia era inadequada e, segundo sua terapeuta, somente o prejudicava. Diante deste fato, a equipe técnica do serviço chegou a um consenso diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide com sintomas Esquizóides, alterando sua medicação. A este fato, atribuíram-se melhoras ao paciente, na forma deste vincular-se ao CAPS.

O usuário morava com a mãe de oitenta anos e uma irmã, também institucionalizada por 20 anos. Sua relação em casa era de extrema proteção e infantilização, o que pôde ser verificado pelo fato de Chico não poder sair de casa sozinho e não ter acesso a uma aposentadoria que recebia por invalidez.

Ainda sobre esta infantilização, há o fato de que o usuário dormia em uma cama no mesmo quarto que a mãe (em uma casa com outros cômodos). Quando questionado sobre o que ele possuía em sua casa, afirmou que tinha uma caixa de lápis de cor de vinte e quatro unidades, e que poderia desenhar quando desejasse, mas que já fazia um bom tempo que não desenhava mais. Chico apresentou uma queixa de que em sua casa ele não cozinhava, não varria, não passava roupas, enfim, lhe era negado qualquer atividade de manutenção do lar, pois seus familiares temiam que ele fizesse algo errado.

Chico possuía poucos vínculos sociais e afetivos. Afirmou que as pessoas de seu bairro eram muito “fechadas”. Quando saía de casa, e isso só ocorria durante o dia (o que era

considerado como uma fuga pela família) tinha por finalidade conhecer novas ruas próximas a sua casa, pois as praças, disse já conhecer todas.

Afirmou ter desejo de trabalhar, mas achava que ninguém lhe daria emprego com uma história de tantas internações psiquiátricas. Afirmou, além disto, que estava muito sonolento e que a medicação o deixava um pouco confuso e sem disposição. Gostaria, também, de arrumar uma namorada que o aceitasse, de ter uma casa só para ele, mas que devido a sua situação econômica, isto era inviável.

Agora conhecendo o Chico, as perspectivas se ampliam e podemos pensar em um projeto terapêutico fictício, para exemplificar. Lembrando que um projeto terapêutico deve contemplar três eixos(biológico, subjetivo e social), acrescentamos que - deve também ter objetivos de curto, médio e longo prazo, para a partir das estratégias clínicas que forem planejadas, estas serem objeto de avaliação posterior, tendo em vista o alcance dos objetivos propostos.

Em uma dimensão biológica, poderíamos planejar a adequação da medicação. Vimos que mesmo após a equipe ter chegado a um consenso diagnóstico, o que resultou em uma mudança da medicação ministrada, Chico afirmou estar muito sonolento, confuso. Assim um primeiro objetivo a curto prazo seria uma consulta com o psiquiatra para rever a medicação que utiliza.

Outro objetivo a curto prazo a ser elencado em seu projeto terapêutico se relaciona a uma dimensão subjetiva, verificamos que Chico está muito solitário, sem vínculos sociais e afetivos. Poderíamos propor ao Chico uma participação na oficina de artes livres^a, pelo fato de Chico gostar de desenhar. Neste contexto de grupalidade^b, seria possível o estabelecimento de novos vínculos sociais. Proporíamos também, a participação na oficina de dança^c realizada às sextas-feiras no final da tarde, o que poderia facilitar o estabelecimentos de vínculos afetivos. A partir do que foi sugerido, Chico poderia, por exemplo, afirmar que não gostou do que foi

^a As Oficinas constituem uma estratégia clínica, na qual a arte é vista como um importante meio de comunicação e expressão subjetiva. A arte sempre esteve presente em nossas vidas. Compreendida como um processo terapêutico transformador, permite que o ser humano explore sua imaginação e criatividade, expresse sentimentos, emoções e conflitos, retratando muitas vezes aspectos da própria experiência.

^b Vale informar sobre a centralidade da grupalização no Programa de “Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos”(2007). “O programa investe na produção de novos espaços de sociabilidade(...)criando dispositivos coletivos de acolhimento e convivência através da “grupalização” dos sujeitos(...) apostando no poder do vínculo social como elemento fundamental da “continência psíquica”.

^c Oficina de dança: atividade corporal que favorece a construção da auto imagem e o desenvolvimento de auto-estima.

pensado como proposta de atividades e que tem dificuldade de se relacionar, e que precisaria apenas conversar com um psicólogo. Seria indicado então, um psicoterapia individual...

Verificamos que Chico vivencia uma relação de extrema infantilização, poderíamos elencar em sua projeto terapêutico, a inclusão da família no Grupo de Familiares^{*}, com vistas a médio prazo, possibilitar uma relação com a mãe e com a irmã, diferenciada da anterior.

Como as saídas de Chico de casa eram consideradas como fugas, poderíamos propor um Acompanhamento Terapêutico^{*}, para inicialmente acompanhá-lo no deslocamento até o Caps, para cada vez mais ampliar a possibilidade das saídas de Chico de sua casa, e estas não serem mais consideradas uma fuga.

A longo prazo, em uma dimensão social, do sujeito cidadão, poderíamos mediar a inclusão nas oficinas de geração de renda, pois Chico afirmou seu desejo de trabalhar. Neste contexto, muitas outras questões poderiam ser transformadas e/ou trabalhadas pela equipe de saúde.^{*}

Tentamos resumidamente, apresentar um exemplo de como construir um projeto terapêutico a partir das relações concretas de um indivíduo com sua vida e algumas estratégias clínicas possíveis, estas sempre sujeitas à avaliação posterior, tendo em vista os objetivos almejados.

Iniciamos o texto discorrendo sobre uma série de reflexões que problematizam a importância do diagnóstico psiquiátrico tradicional como eixo estruturante de projetos terapêuticos e exemplificamos diversas possibilidades de estratégias terapêuticas no caso do Chico (Clínica Ampliada). A partir deste momento, iniciaremos um aprofundamento em apenas uma estratégia clínica: o Acompanhamento Terapêutico.

Objetivamos qualificar um pouco a compreensão do que seja a clínica do Acompanhamento Terapêutico, pois esta muitas vezes é compreendida apenas como um deslocamento entre espaços físicos, o que sem dúvida é um olhar bastante empobrecido redutor e desta estratégia de intervenção.

Entendemos a clínica como uma ética, uma forma de estar junto a alguém. Não é o local, por exemplo o consultório, que definirá que o que se está fazendo é clinica. Então, é um

* Grupos compostos de familiares e pacientes e que permitem a ambos compreenderem a forma com que se relacionam, com suas fantasias, sua faltas, suas idealizações, identificações. Permitem compreender também, uma nova compreensão do cuidado em saúde mental pós reforma psiquiátrica.

* O acompanhamento terapêutico é uma estratégia clínica em que se articulam a escuta e a presença, e que mais se aproxima dos preceitos da reforma psiquiátrica, pelo seu potencial desinstitucionalizador, ao tratar do sujeitos nas situações concretas de vida, no seu cotidiano. Ver Rosa e Brandalise(2008).

* Sobre o assunto, ver dissertação de mestrado de Brandalise (2002).

forma de estar junto a alguém, forma esta que permita ao sujeito que acompanhamos analisar-se, possibilitar que a pessoa possa vivenciar, pensar, compreender quais são as fantasias que orientam suas ações na vida e qual a posição que ocupa nas relações que estabelece.

Há pessoas que não se adéquam ao formato do consultório e, portanto nos exigem que encontremos formas diversas de acessar a subjetividade de cada um. As estratégias clínicas podem ser variadas, como vimos no caso do Chico. Podemos em oficinas terapêuticas assistir um filme* e depois iniciar uma conversa a respeito, podemos cantar uma música* e compreender uma dor, podemos pintar um quadro e conhecer alguém... O importante é a pessoa poder se expressar do jeito e no momento que melhor lhe convir, refletir sobre sua posição subjetiva frente à realidade.

O Acompanhamento Terapêutico possui o mesmo norte ético, a mesma direção de uma abordagem em que o sujeito é o centro e poderá começar a se ver de outro ângulo, ainda não pensado... E a cidade, traz a possibilidade de diversas associações e situações para análise. Veremos que o que acontece é uma inter-relação entre a cidade, a subjetividade e a possibilidade da clínica do acompanhamento terapêutico. Iremos apresentar várias intervenções realizadas pelo autor deste texto, que tentam demonstrar na prática o que ocorre.

É o caso de uma pessoa de 17 anos, que chamarei de Leandro. Este não comparecia as sessões de psicoterapia com o psicólogo que o acompanhava, pois iniciou um processo de isolamento e não queria mais sair de casa. Interrompeu os estudos e iniciou um tratamento psiquiátrico, sendo diagnosticado como portador de um transtorno de ansiedade, no caso Fobia Social, passando a fazer uso com psicofármacos. Dormia durante o dia, e ficava acordado até de madrugada, ocupando-se com a televisão e com o computador.

Iniciei os acompanhamentos na casa de Leandro. Os atendimentos eram realizados na sala ou no quarto e posteriormente na cidade.

Exemplos de intervenções em que situações fora do setting tradicional, possibilitam uma articulação clínica, desvelando sentidos que se relacionam com os comportamentos sintomáticos.

Exemplo 1: Um quarto como setting

* Oficina de Cinema: Consiste da exibição de filmes para posterior análise com o(s) participante(s), de modo a propiciar abordagens e reflexões sobre os conteúdos e personagens, vinculando-os ao processo interior e de autoconhecimento de cada participante.

* Oficina de Música: Utiliza a música como meio de acessar a subjetividade de cada pessoa. Desenvolve atividades de composição e canto, incentivando a expressão criativa dos participantes.

Em uma sessão de acompanhamento terapêutico realizada no quarto de Leandro, pois no horário combinado Leandro disse que estava com muito sono, pelo fato de ter ficado acordado durante a noite, fiquei sentado ao lado dele um tempo em silêncio e começamos a conversar sobre a questão do silêncio. Explicou-me que falar para ele era muitas vezes muito difícil e que na escola que abandonou, um rapaz o havia apelidado de “mudinho”(sic). Começamos uma reflexão sobre este fato marcante para Leandro. Indaguei por que será que o rapaz o havia apelidado de mudinho. Ele respondeu que era muito quieto. Perguntei: Será que a questão é só com você? Ou há algo dele também? Dirigi a atenção para pensarmos sobre o rapaz e este foi descrito como o “liderzinho” da turma, aquele que fazia piada o tempo inteiro, que falava com desenvoltura, idealizado por Leandro. Fomos pensando juntos sobre o comportamento do rapaz...-Aquele que faz piada o tempo todo precisa do que? - Do riso dos outros...(sic).- É, do olhar do outro... Silêncio - E você me falou que ficava quieto, no seu canto na sala de aula... O que você achava que isso causava no rapaz? Leandro começou a perceber que o fato de ficar quieto, não alimentando o anseio do rapaz por atenção, admiração, causava um desconforto insuportável no sujeito. E este acabou o apelidando. Leandro conseguiu ver uma falta, uma falha no outro. Ou seja, percebeu que o rapaz implorava por atenção e pelo fato de não ter recebido, partiu para o ataque. O silêncio de Leandro pareceu insuportável para o rapaz, denunciando sua falta. Reconhecer que o outro não é perfeito, foi um passo importante para reconhecer que ele também não precisava ser. Leandro se colocava em uma posição subjetiva de ter que ser perfeito, sempre seguro, e se criticava constantemente por isto.

Exemplo 2: a Televisão como objeto mediador.

Estava com Leandro na sala de sua casa e este deixou a televisão ligada. Sempre a deixava ligada para preencher um possível silêncio ou para gerar assunto à conversa. Estava passando um desenho. Perguntei se ele tinha papel e caneta e sugeri que fizesse um desenho do assunto que conversávamos. Após ter dito que não sabia desenhar e eu ter explicado que não se tratava de um exame de seu desempenho técnico como pintor, Leandro desenhou-se no papel, e um diabinho no lado esquerdo do ombro. Começamos a conversar sobre o tamanho do diabinho e o tamanho dele mesmo no papel, que eram semelhantes. Em seguida desenhou um diabinho maior que ele. E afirmou que havia momentos em que o diabinho realmente ficava maior. Indaguei o que o diabinho fazia e ele afirmou que o ficava criticando. Tratava-se do superego caricaturizado na figura do diabinho. A dinâmica de autocrítica era severa, fazendo com que o diabinho ganhasse dimensões superiores ao sujeito. Começamos a pensar juntos nesta dinâmica psíquica e em como poderíamos diminuir a força/o tamanho do diabinho. Perguntei o que alimentava o diabinho. Ele disse que eram as falhas. “O diabinho ri e diz que não vou conseguir”(sic). Perguntei: - Conseguir o que? Ele respondeu: “Ser perfeito”(sic). Refletimos sobre o seu funcionamento psíquico e chegamos ao seguinte ponto: O Diabinho se alimenta de uma auto exigência ilimitada de sucesso e desempenho. Exemplo: não basta escrever, tem que ser o Shakespeare. Não basta desenhar, tem que ser o Picasso. Não basta falar em público, tem que ser o mestre da oratória. Assim, qualquer desempenho que se tenha em qualquer lugar e atividade, este será sempre insuficiente e passível de autocrítica. Ter que ser perfeito... um prato cheio para o diabinho...

Exemplo 3. Saindo da toca.

A primeira saída da casa de Leandro foi planejada e postergada por temor de avaliações externas que pudessem ocorrer. Acabou acontecendo no tempo necessário para o paciente reconhecer que poderia sair de

casa, mesmo sentindo medo e insegurança. Leandro teve aulas de violão quando criança e possuía um violão quebrado em sua casa. Combinamos de ir a um Luthier consertar seu violão. Leandro falou que ficaria apenas cinco minutos e depois gostaria de ir embora. O Luthier era um senhor de uns 80 anos, cheio de histórias de sucesso e conquistas, mas ao mesmo tempo muito humilde e tranqüilo. Além de fazer com que ficássemos ali uns vinte minutos a mais do que o combinado, a situação propiciou a seguinte reflexão no retorno para casa: Como alguém tão especial era tão simples? O senhor que acabávamos de conhecer era preocupado com as críticas de alguém? Leandro se viu tão preocupado com o olhar do outro, e começou a questionar se era um outro mesmo que o julgava. Ele próprio se colocava na posição de juiz implacável e de réu. Esta era sua posição subjetiva.

Exemplo 4: Velejar é pensar

Já se passavam aproximadamente seis meses de acompanhamento. Em uma manhã de verão fomos para uma Lagoa e ficamos olhando os barcos a vela. Refletimos que o barco sem quilha não tem direção, que não se trata apenas da vela a orientar um barco em sua navegação. Leandro me disse que se sentia como um barco sem quilha. Sem direção. Até este momento, Leandro já havia realizado ao longo do trabalho, muitas transformações. No entanto, não conseguia ver suas conquistas e começamos juntos relembrar o que havia acontecido: Havia parado de tomar medicações psiquiátricas. Este fato marca uma mudança importante em sua posição subjetiva, pois Leandro, não se percebia mais como um doente com uma disfunção neuroquímica que o fazia se comportar daquela maneira. Ele passou a se responsabilizar pelo seu sintoma. Algo construído psicologicamente e que pôde ser desconstruído. Leandro havia feito, em outras sessões de at, os documentos necessários para a matrícula em um supletivo; havia colocado limites na forma como a mãe o tratava, no que diz respeito ao que lhe desagradava (como por exemplo contar para os outros/familiares que ele tinha um problema/doença). Enfim, Leandro havia realizado várias mudanças, mas não era suficiente.

Lógico, sua forma de auto desvalorização se repetiu naquele momento e isso foi possível ser discutido no ato. Ele riu ao ver a forma como se desvalorizava, mas não poderia ser eu quem o valorizasse ou que reforçasse elogiando... O que ele precisava compreender é que a única valorização que seria útil para ele, seria a própria!

Estes exemplos foram dados para demonstrar a articulação entre a cidade e a possibilidade de se subjetivar neste confronto com um silêncio de um quarto, uma TV ligada, uma saída para consertar um instrumento e conhecer uma pessoa interessante, uma ida a lagoa.

Leandro não fez a matrícula no supletivo e continuamos os acompanhamentos para entender qual o seu verdadeiro projeto de vida. Afirma que estudar é um desejo seu, apesar das dificuldades que vivencia. Ultimamente as sessões se centralizam em idas ao centro da cidade e ficar no carro observando as pessoas que passam em um processo de humanizar o outro. Ver o outro como gente, com defeitos, faz com que o outro deixe de ser tão grande e ameaçador...

Referências Bibliográficas

1. BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985
- _____. **A Psiquiatria Alternativa: Contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
2. BORGES, Gabriela Lyra e BRANDALISE, Fernando. **Velhas Estradas: Caminho Novo - Acompanhamento Terapêutico No Contexto Da Reforma Psiquiátrica**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, v. 1, p. 1, 2008.
3. BRANDALISE, Fernando. **O trabalho e reabilitação psicossocial: um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional**. Florianópolis, 2002. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
4. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A clínica e a reabilitação do sujeito e o trabalho em equipe. Extraído do texto **Anti-taylor: Teoria e método para a Práxis em Instituições**. Unicamp - junho de 1998.
5. DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad.: Dayse Batista; - 4.ed.- Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
6. PRADO, Marcos. **Estamira**. Documentário, 115min. Brasil: Riofilme/Zezen Produções Audiovisuais, 2006.
7. GOFFMAN, Erving. As características das Instituições Totais. In: _____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
8. _____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
9. In-tensa.Ex-tensa/ Universidade Federal da Bahia. Departamento de Psicologia, **PIC- Programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos**. Ano I,n.I (2007) – Salvador, BA:UFBA, FFCH, 2007.
10. MONSENI, José. “A ética psicanalítica do diagnóstico” in **PSICANALISE E PSIQUIATRIA: controvérsias e convergências** Antonio Quinet (Org.)-Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001.
11. PRADO, Marcos. **Estamira**. Filme. Produções Audiovisuais Riofilme/Zazen. Direção Marcos Prado. Brasil – 2006. 115 min. color. son.
12. SARACENO ET AL. **Manual de Saúde Mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

13. SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999
14. SILVA, Roberta Scheer e BRANDALISE, Fernando. “**O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a constituição da identidade do paciente psiquiátrico.** Disponível em: <http://www.ipat@ipat-psico.com> . Acesso em 25 de junho de 2009.
15. SOUZA, Marta Elizabeth. **Atenção em Saúde Mental.** MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Belo Horizonte, 2006.
16. TYKANORY, R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, Ana (org.). **A reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.
17. TENÓRIO, F. História Ciências e Saúde-Manguinhos. vol.9, n.1. Rio de Janeiro, 2002. Internet. Disponível em www.scielo.com. Acesso em 02 de outubro de 2006.