INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL COM PACIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL: PESQUISA-AÇÃO SOBRE A APLICAÇÃO DO MÉTODO DAS "ANCORAGENS DO SUJEITO" NA ATENÇÃO AOS PACIENTES DE UMA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

Rubens Díodoro Ferreira Cardoso
João Bosco Monteiro
Cristina Alves Bastos Lins

RESUMO

Este artigo tem como objetivo descrever a aplicação de uma intervenção psicossocial orientada pelos aportes teóricos e clínicos da psicanálise, e baseada no método das "ancoragens do sujeito", com pacientes internados em clínica psiquiátrica de um hospital geral público, de modo a avaliar os limites e potencialidades dessa proposta no processo de elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e consequente desinternação de pacientes em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de pesquisa qualitativa na qual fora adotada a metodologia da pesquisa-ação, abordagem participativa e colaborativa que visa a transformação social e melhoria das práticas, envolvendo tanto os pesquisadores quanto os participantes em um processo conjunto de investigação e ação. A pesquisa ocorreu no Setor de Internação Breve (SIB) da clínica psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, principal instituição de atenção terciária a saúde que atende, em regime de portas abertas, casos de urgência psiquiátricas no estado do Pará e referência na região norte. Os participantes contemplados por esta pesquisa foram 2 pacientes internados e familiares, sujeitos e instituições que compunham sua rede de apoio. Foram utilizadas, na coleta de dados, entrevistas semiestruturadas, observação direta, leitura de prontuários e diário de campo. Os resultados desta pesquisa fornecem valiosos insights sobre a importância de valorizar a experiência subjetiva do paciente no processo de construção de estratégias de cuidado, demonstrando a eficácia e relevância de uma intervenção psicossocial adaptada às urgências e territórios psíquicos e sociais dos pacientes.

Palavras-chave: Saúde mental; Intervenção psicossocial; vulnerabilidade social; clínica psiquiátrica; Plano Terapêutico Singular; Ancoragens do sujeito.

ABSTRACT

This article aims to describe the application of a psychosocial intervention guided by the theoretical and clinical contributions of psychoanalysis, and based on the method of "subject anchoring", with patients admitted to a psychiatric clinic of a public general hospital, in order to evaluate the limits and potential of this proposal in the process of elaborating the Singular Therapeutic Project (PTS) and consequent discharge of patients in situations of social vulnerability. This is a qualitative study in which the methodology of action research was adopted, a participatory and collaborative approach that aims at social transformation and improvement of practices, involving both researchers and participants in a joint process of investigation and action. The research took place in the Brief Hospitalization Sector (SIB) of

the psychiatric clinic of the Gaspar Vianna Clinical Hospital, the main tertiary health care institution that serves, on an open-door basis, cases of psychiatric emergencies in the state of Pará and a reference in the northern region. The participants included in this research were two hospitalized patients and their family members, subjects and institutions that made up their support network. Semi-structured interviews, direct observation, reading of medical records and field diary were used in data collection. The results of this research provide valuable insights into the importance of valuing the patient's subjective experience in the process of constructing care strategies, demonstrating the effectiveness and relevance of a psychosocial intervention adapted to the emergencies and psychic and social territories of patients.

Keywords: Mental health; Psychosocial intervention; social vulnerability; psychiatric clinic; Singular Therapeutic Plan; Subject anchors.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é produto do trabalho de conclusão de Residência Multiprofissional em Programa de Atenção Clínica à Saúde Mental, com CAAE de nº 80480324.0.0000.0016 e parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nº 6.939.032, desenvolvida com pacientes internados na clínica psiquiátrica da Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

Destinada a prover assistência a sujeitos em sofrimento psíquico agudo e grave oriundos especialmente das classes populares da sociedade paraense e tratando-se de espaço que invariavelmente resguarda toda a contradição social inerentes às instituições asilares voltadas para o tratamento da “loucura" há muito explicitadas (FOUCAULT, 2019), a clínica psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna tornou-se palco privilegiado para os casos de extrema complexidade em saúde mental que serão narrados a seguir. Complexidade que, por sua vez, não se deve somente aos quadros psicopatológicos dos pacientes assistidos mas, sobretudo, pelas situações de profunda vulnerabilidade social experimentadas por muitos destes, e que não raramente se configuram como verdadeiras encruzilhadas entre a saúde mental, a assistência social e a produção de cidadania.

A atividade como profissional-aprendiz neste contexto fora orientada pela compreensão de que a Residência Multiprofissional em Saúde pode (e deve) funcionar como uma estratégia de fomento da Política Nacional de Humanização do SUS na medida em que, ao congregar os trabalhadores efetivos das instituições de saúde, bem como seu saber-fazer institucionalizado, e os residentes, com sua esperada vontade de saber e revigorado ímpeto crítico, incluem na

rotina dos serviços dinâmicas de conflito e desestabilização dos modelos tradicionais — e por vezes engessados —, de atenção e de gestão, corroborando para a transformação e aprimoramento das práticas assistenciais.

Durante os dois anos em que a função de psicólogo residente fora ocupada e concomitantemente esta pesquisa fora desenvolvida, o maior interesse fora, portanto, aprender a escutar, assistir e cuidar dos pacientes ditos psiquiátricos com psicólogos que há décadas dedicam-se a este ofício, valendo-se das orientações, ensinamentos e supervisões destes para consolidar minha própria identidade e competência profissional no campo da saúde mental sem, no entanto, abrir mão da crítica e da proposição de inovações no serviço marcadas pela renovação teórica e sensível inerente à interação entre diferente gerações de profissionais da psicologia. Tal empreitada proporcionou uma formação que, ao mesmo tempo reverente à tradição clínica e política dos trabalhadores da saúde mental que presenciaram e mantiveram suas práticas nos primórdios da implementação da reforma psiquiátrica brasileira, manteve-se para a atualidade dos entraves, contradições e dificuldades em jogo na sua efetiva concretização.

Desta feita, a proposta desta pesquisa, fora justamente a elaboração de um projeto de intervenção psicossocial com pacientes que estejam enfrentando impasses na desinternação da clínica psiquiátrica do FHCGV. A intervenção refere-se a aplicação e análise de uma proposta de escuta e articulação psicossocial orientadas pelo método das "ancoragens do sujeito", proposto por Broide (2020) e que instrumentaliza conceitos oriundos da teoria e clínica psicanalítica a fim de sistematizar processos de cuidado e assistência que, permitindo-se guiar pela singularidade dos pacientes em situação de vulnerabilidade social, fortaleçam sua autonomia e consequente liberação do ambiente asilar ao privilegiar estratégias, alternativas e recursos indicados pelo próprio usuário em sua relação com sua geografia psíquica e territorial.

Se lançamos mão de uma intervenção psicossocial é por entendermos que a saúde mental não deva ser reduzida exclusivamente à psicopatologia e a descrição de sintomas, assim como não pode limitar-se a nomear e tratar doenças mentais, mas é um campo amplo e complexo que reúne e exige a mobilização de saberes diversos para sua adequada compreensão. Neste contexto, uma intervenção psicossocial reconhece as relações entre saúde e contextos sociais, culturais e políticos, de modo a destacar a importância de compreender o

sujeito em sua totalidade, considerando não apenas seus aspectos clínicos, mas também suas interações sociais e contextuais, o que, necessariamente, engloba as limitações materiais da RAPS (AMARANTE, 2007).

A vulnerabilidade social, por sua vez, refere-se ao estado de fragilidade e exposição a riscos sociais e de saúde decorrentes de determinantes socioeconômicos desfavoráveis, tais como pobreza, exclusão social, violência e falta de acesso a serviços essenciais, experimentados por parte significativa dos pacientes assistidos na clínica psiquiátrica na qual esta pesquisa se desenrolou e que, atravessam e se manifestam diretamente nas produções sintomáticas destes, bem como se configuram como empecilhos para a manutenção do cuidado em saúde mental e desinternação dos serviços. De acordo com Scott (2018, p. 610): "a vulnerabilidade social é vista como desequilíbrio entre recursos materiais e simbólicos disponíveis ao sujeito e suas necessidades".

Desta feita, a compreensão da vulnerabilidade no contexto dos cuidados em saúde mental faz-se mister tanto no aspecto do cuidado prevencionista, na medida em que identificar os grupos mais suscetíveis a adversidades nos permite desenvolver intervenções mais eficazes na mitigação desses impactos negativos, quanto no campo das emergências psiquiátricas, ao passo que saber escutar as determinações sociais do sofrimento psíquico fornece não somente importantes chaves de interpretação das manifestações sintomáticas, como também pode indicar as linhas de cuidado que poderão ser mobilizadas na intervenção psicossocial que garantirá o cuidado em liberdade para o paciente psiquiátrico.

Dito isto, a decisão de inspirar nosso trabalho de investigação e proposição de melhorias no serviço na metodologia de intervenção psicossocial baseada nas ancoragens do sujeito, tal como proposta por Broide (2020), deve-se ao fato de esta abranger a história de vida, a cultura, as relações sociais e as condições sociais dos indivíduos como elementos fundamentais para a elaboração de um plano terapêutico para cada paciente, ou seja, garantir uma abordagem singular e atenta à necessidade de cada usuário como preconiza a política de saúde mental.

Mas se o o propósito é, em linhas gerais, reintroduzir a singularidade e a corresponsabilização do cuidado na equação do processo de desinternação, o leitor atento pode se perguntar o motivo de recorrermos a uma metodologia externa ao campo da saúde mental — Broide (2020) desenvolveu e aplicou sua intervenção orientada pelas ancoragens do

sujeito no campo da assistência social, em especial com jovens infratores em situação de vulnerabilidade —, e não privilegiarmos o Projeto Terapêutico Singular (PTS), estratégia de cuidado gestada e amplamente incentivada no interior dos dispositivos substitutivos inaugurados no âmbito da reforma psiquiátrica. E nossa justificativa é que, embora ainda se faça majoritariamente presente na rotina cotidiana da maioria dos serviços de atenção à saúde mental, seu uso e elaboração demonstram-se profundamente desviados de seu objetivo original, qual seja "contemplar as necessidades do sujeito de forma singular, pois é personalizado, de forma ampla e suas ações não se restringem apenas ao atendimento de demandas relacionadas a problemas clínicos e de terapêuticas famarcológicas" (Baptista et al, 2018, p. 2). Tendo sido absorvido pela precarização dos serviços e pela lógica burocrática que solapa o singular em detrimento da produtividade, não é raro observarmos o PTS sendo reduzido ao agendamento ou sugestão de atividades intra-muros que se traduzem em anotações no prontuário ou cartão de aprazamento do paciente que, ao invés de estimular sua autonomia e desejo, apenas reforçam sua institucionalização.

O uso do método das ancoragens do sujeito para os fins desta pesquisa, se justifica, portanto, pelo exercício de uma certa retomada da escuta da singularidade do paciente e sua consequente desestagnação dos serviços que precisarão novamente valorizar o caráter criativo e inventivo dos cuidados em saúde mental para "possibilitar que as ancoragens, mesmo que muitas vezes nos pareçam frágeis, possam se constituir como suportes, testemunhas e acompanhantes do sujeito, em um trabalho conectado com a equipe técnica" (BROIDE, 2020, p. 33), o que, no caso especifico de uma clínica psiquiátrica pública, espera-se que possa contribuir tanto para a adesão do paciente ao tratamento, quanto para a elaboração de estratégias de cuidado que facilitem sua desinternação e o exercício de cidadania após alta hospitalar.

Escutar a singularidade do paciente implica em abrir mão da prepotência inspirada pelos títulos de especialista, bem como do *furor sanandi* que paira sobre os ambientes de saúde produzindo imperativos de "curar" a qualquer custo — mesmo que isso signifique atropelar o ritmo e o sentido do viver e adoecer do paciente —, em suma, exige questionar e pôr à prova a hierarquia e os processos de trabalho institucionalizados. Não por acaso, como nos evidenciam as principais experiências da reforma psiquiátrica na história, o movimento de

assumir o paciente como sujeito cuja singularidade deve entrar na equação do cuidado é quase sempre marcado por múltiplas resistências.

Contudo, acreditamos que somente assim, o profissional especialista apreendendo-se como agente ativo e indispensável, mas sempre secundarizado diante da autonomia do paciente, e descentralizado em meio a uma rede de cuidados marcadamente multi-saberes e intersetorial, podemos alcançar as premissas da reforma psiquiátrica em sua radicalidade, a saber, não simplesmente fazer a passagem do "doente mental" para paciente, neutralizado e não mais incomodativo pelos excessos de suas manifestações sintomáticas pois reverente ao circuito institucional de cuidado e às terapias medicamentosas, mas transformá-lo em cidadão. Isto é, reconhece-lo como um sujeito que sofre e que necessita de assistência (não somente de saúde), mas que pode e deve sofrer e ser cuidado enquanto exerce sua cidadania e tem respeitada sua singularidade enquanto modifica e é modificado pelos espaços nos quais circula.

2. SOBRE A PESQUISA-AÇÃO: ENTRE A CLÍNICA, A PESQUISA E A MILITÂNCIA

Desta feita, menos interessados em provar a eficácia das ancoragens do sujeito na desinternação do que em descrever e analisar os limites e potencialidades em jogo na aplicação de uma intervenção psicossocial orientada pela singularidade do paciente em uma instituição total — como é o caso de um hospital que, para garantir seus ideais curativos tende a restringir certa parcela de autonomia e liberdade de seus assistidos através da imposição de normas (GOFFMAN, 1974) —, nos valemos taticamente da posição de profissionais da saúde mental para tensionar a disponibilidade do campo e seus agentes para com proposições de melhorias nos serviços e, sobretudo, com a desorganização das relações de saber-poder invariavelmente suscitadas durante a empreita de resgatar o desejo do paciente.

Considerando que partimos de uma verdadeira imersão na realidade pesquisada para, através dela, desvelar as fragilidades e linhas de força que devem ser mobilizadas para aperfeiçoar a prática e o fluxo de trabalho, lançamos mão de pesquisa qualitativa inspirada no método da pesquisa-ação para dar conta de esgotar nossos objetivos. No caso específico, objetivamos analisar e aprimorar o processo de desinternação daqueles pacientes cujo

atravessamento da vulnerabilidade nos fenômenos psicopatológicos não somente provocam prejuízos em seu processo terapêutico, mas também dificultam sua adesão aos tratamentos propostos pelos dispositivos territoriais substitutivos à internação e/ou mesmo inviabilizam sua liberação que, dependente da presença de um responsável (pessoa ou instituição) que o busque após a alta, ainda se mostra excessivamente familiarista ao atribuir quase exclusivamente aos membros da família este papel de resgate e ignorando a relevância de agentes outros no processo de reintegração social do paciente.

Herdeira da etnografia, método de pesquisa antropológica na qual os pesquisadores se lançam na convivência com determinada comunidade ou grupo social a fim de compreender os comportamentos, a organização e a produção de sentido na experiência destes, a pesquisa-ação dá um "passo a mais" ao situar o trabalho de campo não apenas como meio para observação, mas como forma de garantir uma abordagem participativa e colaborativa que visa a transformação social e a melhoria das práticas, envolvendo tanto os pesquisadores quanto os participantes em um processo conjunto de investigação e ação (TRIPP, 2005). Ao privilegiar a participação ativa tanto do profissional-pesquisador quanto dos demais sujeitos envolvidos na realidade pesquisada, este método coaduna com o tipo de transformação social preconizada pela própria política de cuidado em saúde mental ao viabilizar a construção de conhecimento de forma colaborativa, horizontal e autônoma.

Fazendo da participação processo tão ou mais importante que a observação, a pesquisa-ação desprende-se de critérios objetivos de análise e tampouco preconiza uma suposta neutralidade do pesquisador. Característica metodológica que fora particularmente decisiva para a realização desta pesquisa nos moldes propostos, haja vista que, situando-nos como profissionais da saúde mental engajados na luta antimanicomial não nos isentamos de constatar e fazer transparecer os princípios da nossa militância pela concretização da reforma psiquiátrica brasileira, bem como pelo urgente resgate da singularidade em jogo nos relatos e experiências de pacientes que serão narrados a seguir, contrapondo-se veementemente à hegemônica abordagem biologizante no campo da saúde mental que, ao negligenciar suas determinações sociais, redunda na corrente despolitização do sofrimento psíquico.

Nesta empreita, a psicanálise se configurou como interlocutora privilegiada ao garantir um olhar ao mesmo tempo sensível o suficiente para permitir captar aquilo que no cotidiano de uma clínica psiquiátrica e no convívio com os pacientes costuma passar desapercebido,

pois solapado pelo saber institucionalizado que não raramente minimiza o caráter criativo e singular dos fenômenos psíquicos ao categorizá-los e agrupá-los em conjuntos de sintomas; mas também por tomarmos dela as chaves de interpretação e raciocínio clínico que utilizamos para reintroduzir a historicidade na vida dos pacientes que alicerçaram esta pesquisa, lá onde eles encontravam-se, nada casualmente, soterrados pela genericidade de uma classificação diagnóstica.

Servindo de fundamentação teórica do método das ancoragens do sujeito com o qual trabalhamos para repensar a intervenção psicossocial nos processos de desinternação dos pacientes, a psicanálise, interessada pelos restos excessivos, isto é, pelo que é dito sem ser falado e pelo que se dá a ver sem necessariamente estar a vista, garantiu com que, embora imersos na rotina hospitalar, evitássemos nos render a ela, nos estimulando a estranhar o familiar ao servir-nos como arma de crítica e análise tanto da organização institucional quanto do adoecimento psíquico dos sujeitos escutados.

Posto isto, a pesquisa se desdobrou direta e sistematicamente interligada com o trabalho dos autores, residente e preceptores de psicologia, respectivamente, no chamado Setor de Internação Breve (SIB) da clínica psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, principal instituição da atenção terciária em saúde que atende, em regime de portas abertas, os casos de urgências psiquiátricas durante 24 horas por dia, e que conta com 40 leitos, sendo 20 femininos e 20 masculinos, para pacientes egressos da Emergência Psiquiátrica deste mesmo hospital, isto é, que saíram da fase aguda da crise psiquiátrica e aguardam no SIB seja a remissão de sintomas para receberem alta médica e serem reintegrados na família e/ou comunidade, seja o desatamento de alguma demanda social que estejam impedindo sua desinternação (MARCELINO, 2020).

Considerando nossos objetivos, optamos por selecionar 2 pacientes internados na clínica psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna que se enquadrassem nos seguintes critérios de inclusão: 1) pacientes internados na clínica psiquiátrica no momento do desenvolvimento da corrente pesquisa, a saber, de março de 2023 a março de 2025; 2) pacientes em situação de vulnerabilidade; 3) pacientes com histórico de múltiplas ou longas internações que representem dificuldade para a equipe no processo de desinternação. Acreditamos que esta quantidade garante a ética da pesquisa-ação, tal como fora conceituada por Tripp (2005), e que, dentre outras coisas, preconiza a participação ativa de todos os

envolvidos na investigação, assim como a partilha de maneira igualitária sobre o controle dos processos de melhoria da prática a serem investigados. Tal decisão também considera a limitação temporal para a realização desta pesquisa e o fato de que a intervenção com um paciente não se esgota nele mesmo mas implica uma complexa e heterogênea teia composta por agentes diversos que compreende desde seus familiares até demais sujeitos e instituições que possam compor sua rede de apoio e assistência. Durante a realização desta pesquisa buscamos engajar toda equipe multidisciplinar da clínica, composta por psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, haja vista que a implementação de uma intervenção psicossocial preconiza justamente a mobilização de múltiplos e heterogêneos saberes na promoção de cuidado ao paciente.

A metodologia de pesquisa-ação de Tripp fora aplicada neste estudo, seguindo as etapas-chave desse ciclo de pesquisa, quais sejam, o planejamento, a ação, o monitoramento e descrição e, por fim, a avaliação dos resultados através de uma reflexão crítica.

A primeira etapa consistiu no planejamento da pesquisa-ação, em que pesquisadores e participantes se reuniram para identificar e definir claramente o problema a ser abordado e as melhorias a serem implementadas na prática. Frontalmente inseridos nas equipes assistenciais responsáveis pelos pacientes internados, sondamos aqueles cuja desinternação apresentava-se como uma situação-problema em decorrência de agravada vulnerabilidade social. Foram identificadas as situações sociais críticas específicas enfrentadas singularmente por alguns dos pacientes e delineados os passos para a implementação do método baseado nas ancoragens do sujeito.

Considerando que uma das particularidades da pesquisa-ação que a diferenciam de outros métodos de investigação-ação é o uso que aquela faz de recursos há muito consolidados no interior da pesquisa científica, tal qual a revisão de literatura, durante o planejamento fora realizado um levantamento bibliográfico, a partir de pensadores da reforma psiquiátrica, da abordagem psicossocial da saúde mental e da psicanálise e seus comentadores, que nos permitiram obter um embasamento teórico, bem como identificar maneiras de sistematizar e adaptar a metodologia no contexto da referida clínica psiquiátrica, a fim de iniciar o processo de sensibilização da equipe assistencial multidisciplinar acerca da proposta desta pesquisa-ação.

A etapa de ação envolveu a aplicação do método baseado nas ancoragens do sujeito nos pacientes internados na clínica. Tais intervenções ocorreram em sessões individuais e em grupo, permitindo a personalização do tratamento de acordo com as necessidades e urgências especificas e sociais de cada paciente. Os pesquisadores e os participantes trabalharam em conjunto para aplicar as estratégias e abordagens delineadas na etapa de planejamento. Nesse momento, foi dada ênfase à participação ativa dos pacientes, permitindo que eles expressassem suas necessidades, desejos, perspectivas, redes de apoio e sustentação comunitária, contribuindo para a construção coletiva da intervenção. Cabe dizer, não fizemos distinção entre pacientes supostamente “estáveis" e pacientes cujo quadro de saúde mental ainda apresentava sintomas psiquiátricos positivos. Munidos do embasamento teórico e clínico da psicanálise, escutamos mesmo o conteúdo delirante e o interpretamos 1) como tentativa pessoal de organização psíquica do paciente, motivo pelo qual não devemos simplesmente almejar extingui-lo; 2) expressão singular do desejo e da forma de vida do paciente que, embora não necessariamente harmonize com o padrão normativamente estipulado, deve ser respeitado.

Seguindo este modelo de intervenção o nível psicossocial serve como uma espécie de guia geral para as ancoragens do sujeito, na medida em que diz respeito à relação que este estabelece consigo mesmo, com os coletivos dos quais faz parte, com a comunidade e com o território. O nível sociodinâmico, por sua vez, foca nas relações familiares e grupais que o individuo sustenta no interior de sua vida de modo a facilitar com que a equipe mapeie a possibilidade de intervenção grupal com a família ou isoladamente com algum de seus membros. No âmbito institucional se concentram quais as estratégias possíveis de articulação com os programas de assistência social direta que podem contribuir para minimizar os efeitos e a exposição do sujeito a situação social crítica. E, por último, no campo comunitário, resta para a equipe sondar quais os tipos de relação mantidos entre o individuo em sofrimento e sua própria comunidade e quais estratégias de cuidados que, se mobilizados da sua própria comunidade, seriam capazes de serem articulados com o desejo e a constelação de interesses do paciente, seja, por exemplo, a garantia de um emprego, de um espaço de lazer, educação, esporte, etc. A proposta metodológica pode ser sintetizada no seguinte esquema:

Psicossocial	Sociodinâmico	Institucional	Comunitário
SUJEITO FAMÍLIA ANCORAGENS 1. 2. 3.	DINÂMICA GRUPAL PONTOS DE ANCORAGEM 1. 2. 3.	INSTITUIÇÕES 1. 2. 3.	CIDADE COMUNIDADE 1. 2. 3.

Para reunir os achados e descrever os efeitos da etapa de ação foram utilizadas técnicas como a observação direta, entrevistas, registros documentais e diários de campo, como sugerido por Gibbs (2009) em sua imprescindível obra sobre a análise de dados qualitativos. Durante a implementação da intervenção, os pesquisadores realizaram observações sistemáticas dos acontecimentos, registrando informações relevantes, como a dinâmica das interações entre os profissionais e os pacientes, a adesão dos pacientes à intervenção e as mudanças observadas ao longo do tempo. O objetivo da coleta de dados foi capturar a experiência e a perspectiva dos agentes envolvidos na intervenção.

Com efeito, a etapa de avaliação envolveu a análise dos dados coletados durante a implementação da intervenção psicossocial e os resultados foram apresentados na forma de estudo de caso, por considerarmos tratar-se de um modo de análise que "reúne o maior número de informações detalhadas (…), com o objetivo de apreender a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso concreto" (GOLDENBERG, 2003, p. 34).

Ainda, de acordo com Tripp (2005), a distinção da avaliação como uma etapa isolada no método da pesquisa-ação é controversa, uma vez que, embora conste como um dos seus passos, a reflexão crítica deve ser contínua e perpassar todas as etapas da investigação. O que implica em afirmar que os pesquisadores e os participantes, ao longo de toda a pesquisa, refletiram criticamente sobre os resultados obtidos, contrastando os achados levantados com a revisão de literatura, desde a fase de planejamento até a fase de monitoração da ação implementada. De modo que buscamos promover uma análise dos processos, desafios encontrados e potencialidades apreendidas durante a aplicação do método baseado nas

ancoragens do sujeito no contexto acima mencionado, considerando os objetivos estabelecidos.

Essas etapas da pesquisa-ação, conforme propostas por Tripp (2005), foram aplicadas de maneira interativa, permitindo que os resultados obtidos na etapa de reflexão crítica informem ajustes e refinamentos na intervenção psicossocial. Essa abordagem participativa e reflexiva visa promover a melhoria contínua da intervenção e a compreensão mais aprofundada das necessidades sociais e potenciais dos pacientes assistidos durante a realização desta pesquisa.

3. O CASO "AFOXÉ": SOBRE A APLICAÇÃO DO MÉTODO DAS ANCORAGENS DO SUJEITO INTERNADO NO HOSPITAL

Os pacientes internados no Setor de Internação Breve (SIB), em regra, são aqueles que embora já tenham saído da fase aguda da crise psicótica, por alguma razão não puderam receber alta no período estimado pela Emergência Psiquiátrica (EP), o que costuma girar em torno de uma ou duas semanas. As causas do prolongamento da hospitalização, quando não diz respeito à espera pela remissão de alguns sintomas residuais, tem que ver com vulnerabilidades diversas de ordem social. Pacientes cujos vínculos familiares foram rompidos e não dispõem de rede de apoio que possa comparecer para desinterná-los, bem como aqueles internados compulsoriamente por ordem judicial.

É o caso de Afoxé, jovem de 35 anos, diagnosticado com esquizofrenia, e que desde o início da vida adulta acumula múltiplas internações de longa duração, na maioria delas, sendo desinternado somente tempo suficiente para que seu comportamento contranormativo chame a atenção de transeuntes ou autoridades e seja novamente reconduzido à Emergência Psiquiátrica.

Afoxé se configurava como um caso desafiador e "paciente-problema". Isto porque sua intensa e incessante produção delirante, marcada pela presença bizarra e estereotipias diversas, inquietava o serviço e exigia atenção constante por parte dos cuidadores. Não era raro que o paciente, que tinha o hábito de andar o dia inteiro de um lado para o outro no salão de convivência falando sozinho até ferir os pés e fazendo curiosos gestos repetitivos com as mãos (no mais comum, erguia as mãos ao céu ou as estendia em direção à outras pessoas para em seguida levá-las para a própria cabeça ou coração como se capturasse uma energia),

repentinamente tomasse velocidade em corrida a fim de atingir a parede com a própria testa até sangrar e, consequentemente, sendo contido mecanicamente ao seu leito.

O conteúdo delirante do jovem Afoxé girava majoritariamente em torno de crenças persecutórias e de ruína. O paciente acreditava ser perseguido por demônios, anjos, artistas pop famosas (como Mariah Carey, Kesha, Lady Gaga ou Beyonce) e entidades com nomes inventados através de neologismos ("raquitisas", "raquidades", "suquidades" (sic), etc). Todos queriam violentá-lo e estavam sempre à espreita, em alucinações auditivas e visuais, prontas para mandá-lo para o inferno, onde seria punido. Ademais, este riquíssimo universo psíquico traduzido na narrativa que o paciente realizava de seus delírios também era habitado, de maneira pouco sistematizada e até mesmo desencadeada, por referências e palavras oriundas de religiões de matriz africana: quando questionado sobre os motivos de bater a cabeça repetidamente contra a parede, afirmava, por exemplo, estar "batendo cabeça para Oxum" (sic).

Estas múltiplas manifestações de agravado sofrimento psíquico, ao invés de engajar a equipe assistencial na construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) que desse conta minimamente de aplacar ou garantir alguma contenção de tamanha angústia experimentada pelo paciente, reintroduzindo-o no laço social e comunitário, produzia o efeito oposto: a patente desmobilização por parte dos profissionais diante de um caso considerado cronicamente inacessível. A desesperança e paralisia das equipes diante de processos de adoecimento tão heterogêneos e desafiadores talvez justifique porque este paciente, embora matriculado em um CAPS, jamais tenha conseguido aderir ao serviço e/ou encontrado uma vinculação provável na comunidade, tornando-se mais um dos sujeitos enclausurados na chamada porta-giratória da saúde mental, cuja vida fora resumida na trágica repetição do ciclo internação-alta-internação (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

Quando decidimos romper com a imobilização e apostar que alguma transferencia fosse possível, a dificuldade em aderir ao setting clínico tradicional fora o primeiro desafio encontrado e empurrava este residente a modalidades outras de escuta e acompanhamento do seu inconsciente à céu aberto. Como não tolerava permanecer em uma sala por muito tempo, fora preciso se adaptar ao comportamento andarilho do paciente e logo estava pondo-se em prática uma escuta feita nas andanças, há muito elucidada pelo Lancetti (2008) e que, entre outras coisas, permite que o analista verifique as produções do inconsciente e como elas se

organizam no lugar mesmo em que o sujeito está pisando com seus pés, isto é, lá onde suas relações ocorrem, por mais limitado que o espaço seja, como era o caso do SIB.

Um psicólogo que anda ao lado de um paciente enquanto ele delira, muitas vezes em círculos ou de um lado para o outro, chama a atenção dos demais membros da equipe assistencial, e fomos levados a crer que também do próprio paciente que, aos poucos, diante do desejo do analista de escutá-lo, também fora gradativamente abrindo mão daquela postura antes ensimesmada, com pouco ou nenhum investimento externo e absolutamente encerrada em si mesmo e nos seus sintomas, e passou a voltar-se àquele que o acompanhava, transformando-o, ora em objeto de suas produções delirantes, ora em testemunha da sua peculiar forma de existir em sociedade.

A disponibilidade para se apresentar para a transferência com o paciente psicótico e que se traduz na rotina do ambiente hospitalar como a capacidade mesma de se permitir demonstrar interesse por escutar o que o paciente tem a dizer sem transformar seu discurso imediatamente em signo de uma doença e/ou conteúdo desconexo a ser descartado ou categorizado, garantiu que descobríssemos um sujeito cuja biografia ia muito além da esquizofrenia, rótulo-etiqueta que costumava chegar sempre antes dele para os profissionais que o assistiam, bem como nos garantia significativas chaves de interpretação de determinadas produções sintomáticas que antes pareciam mero produto de um discurso desagregado.

Partimos, então, de uma constatação inicial e incontornável: a elaboração de um PTS em casos graves de saúde mental exige superar as resistências institucionais com o louco considerado “intratável" da porta-giratória e lançar-se a escutar a realidade psíquica do paciente por mais prejudicado que pareça o seu juízo crítico e, consequente, por maior que seja a desesperança que o prognóstico inspire. Somente assim será possível adentrar e tatear as geografias simbólicas e territoriais que dão materialidade à vida do paciente e, consequentemente, nos fornecerão as estratégias que deverão ser investidas pela equipe assistencial na construção do seu plano terapêutico. Com efeito, é a fim de oxigenar as práticas de produção de cuidado em saúde mental que lançamos mão do método das ancoragens do sujeito, cujo objetivo é, em larga escala, o “desenvolvimento de ações consistentes, que não sejam reprodutoras de exclusão e que efetivem alternativas de saída da situação de sofrimento e vulnerabilidade” (BROIDE; BROIDE , 2020, p. 28). O que ganha

um tom ainda mais urgente se considerarmos que construir um plano terapêutico sem consultar o paciente, bem como desrespeitar o sentido que ele atribui à suas experiencias, pode ser por si só uma forma de perpetuar exclusão.

O método de Broide (2020) utilizado em nossa intervenção, é uma proposta de sistematização de uma forma de enfrentar um problema mais ou menos comum na realidade das equipes técnicas das áreas da saúde ou da assistência social, marcadas pela precarização e massificação dos fluxos de serviço, a saber, a dificuldade de escutar o individuo em suas necessidades, interesses e urgências. E, ainda mais importante, transcender o atendimento individual em decorrência da complexidade das urgências e fragilidades psicossociais que invariavelmente contribuem para o processo de adoecimento e dificuldade de adesão ao tratamento por parte do paciente assistido.

Os autores chamam atenção para o fato de que, se há algumas décadas atrás o cuidado era exclusivamente focado no individuo, cenário que fora ultrapassado pelo tratamento pautado na integração familiar, atualmente discute-se a relevância de uma ação de cuidado em rede no território que englobe não somente o sujeito em sofrimento e sua família, mas promova também a intersetorialidade e o engajamento dos recursos comunitários nas redes de atenção, nos planos terapêuticos e na formulação de políticas públicas (BROIDE; BROIDE, 2020). Esta assistência integral e territorializado permitiria que "ali onde se imaginava uma situação sem saída, vislumbrar portas de emergência, ou ainda, no lugar das certezas, o exercício das possibilidades" (BROIDE: BROIDE, 2020, p. 37).

Foi adotando este compromisso ético de tentar produzir uma relação de cuidado com o paciente enquanto sujeito e protagonista de seu próprio sofrimento e, consequentemente de seu tratamento, ou seja, acreditando que havia algo na sua forma singular de sofrer e estar no mundo que facilitaria o horizonte de intervenção a ser adotado com ele, que descobrimos, por exemplo que, ao longo da vida, Afoxé teve vários amores, a maioria homossexuais; que possui desde a adolescência o desejo de tornar-se um homem rico pois ressente-se de ser "feio e pobre"; que embora tivesse nascido em uma família cristã, muito jovem interessou-se e passou a frequentar religiões de matriz africana; que as artistas pop que compõe os múltiplos personagens de sua narrativa são aquelas que ele passava horas admirando na MTV durante a juventude; e que o seu medo permanente de ser mandado ao inferno por aqueles que o perseguem deve-se à crença de que a homossexualidade era um pecado imperdoável.

Entre delírios e neologismos, e dividindo a atenção com as alucinações que o acometiam, Afoxé agora dispunha não somente de um psicólogo, mas de uma testemunha da sua história vivida e dos percalços enfrentados e recursos utilizados para se manter vivo até ali. Quando deixamos de escutar a categoria diagnóstica e seu conjunto de sintomas, pudemos finalmente acessar os relatos de um jovem cuja família nunca tolerou sua orientação sexual e tampouco seu interesse pelo candomblé, e teve que enfrentar ao longo da vida intensos processos de repressão e cerceamento de sua liberdade. Não era por acaso que, após alta, não custava a retornar ao hospital, pois não conseguia mesmo era demorar em sua residência: ao confrontar-se com a resistência dos familiares em lidar com sua forma de vida peculiar, logo batia em retirada e punha-se a andar; ora em direção a lugar nenhum, ora rumo a algum rio com a expectativa de que a Boiúna, uma grande serpente das águas, fosse o buscar, motivo pelo qual, após uma de suas altas, já fora resgatado por transeuntes prestes a se afogar em uma praia.

Considerando os pressupostos da metodologia das ancoragens do sujeito de superação do atendimento meramente individualizado, realizamos visita domiciliar que fora decisiva para a compreensão acerca dos territórios psíquicos e espaciais ocupados pelo paciente quando fora dos muros hospitalares. O que constatamos é que as próprias condições materiais de moradia e organização da residência é confusa simbólica e estruturalmente quanto ao lugar de Afoxé no interior da família. Tratava-se de uma residência tipo cortiço com vários quartos em que residem diferentes células da mesma família, composta por 6 irmãos e seus respectivos filhos. A renda da família, por sua vez, dependia exclusivamente do recebimento de bolsa família e do benefício de prestação continuada (BPC) destinado a um dos tios do paciente que é cadeirante, de modo que todos vivem em significativa vulnerabilidade social.

Em uma dessas empreitas de mapeamento da rede comunitária , Dona “M”, única familiar que ainda visita Afoxé na internação, se apresenta como sua mãe, “embora seja irmã de criação”, e nos desvela parte da biografia e da história do adoecimento do paciente. A genitora biológica de Afoxé o entregou para a mãe de Dona “M" quando ele tinha apenas 8 dias de vida. Sua mãe, afirmou a familiar, era conhecida pelos vizinhos por “criar filhos alheios”, afinal, dos seus 12 irmãos, apenas 5 eram biológicos. Ocorre que quando Afoxé fora entregue para a família, muito rapidamente tornou-se objeto dos cuidados excessivos de Dona “M”, que tinha apenas 21 anos à época e, embora já fosse casada e morasse em outra

residência com seu marido, afirmou que inúmeras vezes saía de casa para ir cuidar do Afoxé, ainda infante, ou o levava para dormir e passar dias em sua casa, onde a criança tornava-se fonte de conflitos entre o casal pois o marido sentia-se preterido.

Tal cuidado excessivo não era por acaso. Dona “M" nos relatou em entrevista que por anos nutriu a fantasia nunca realizada de ser mãe, chegando mesmo a, pelo menos duas vezes, "fazer gravidez psicológica” (sic). Acontecimentos absolutamente marcantes em sua vida pois, segundo ela, em ambas as ocasiões pôde ver sua barriga e seios crescerem, sentia as crianças se mexendo dentro dela e interrompeu a menstruação. A chegada de Afoxé na família ocorre justamente no momento em que, após consulta médica e a realização de exames especializados, fora informada de que possui o “útero infantil e virado ao contrário” (sic), motivo pelo qual seria incapaz de gerar um filhos. Muito rapidamente e precocemente, o nosso paciente fora envolvido nesse berço simbólico por muito tempo mantido pela sua mãe-irmã. A identificação e realização com o papel maternal era tamanha que em pouco tempo ela resolve se divorciar do marido e abandonar o emprego para dedicar-se única e exclusivamente aos cuidados de Afoxé, o que faz até então.

Sabemos como a teorização lacaniana sobre a psicose parte da apreensão desta como estrutura psíquica resultante da foraclusão do nome-do-pai enquanto significante da lei e da norma responsável por inscrever o sujeito no registro simbólico. De modo que a ausência deste significante, isto é, a não integração simbólica da função paterna identificada como aquela capaz de operar uma ruptura na relação sintética entre mãe-bebê, implicaria na abertura de um espaço de gozo desregulado e não mediado simbolicamente (LEADER, 2013). Na história de Afoxé, a sua entrega precoce para outra família e a subsequente superproteção por Dona "M" sugerem uma falha na instalação da lei simbólica, metaforicamente representada pela facilidade com que a cuidadora negligenciou seu ex-marido, que muito rapidamente ocupou papel secundário quando diante da chegada de Afoxé. A ausência de uma figura paterna simbólica e a relação intensamente fusional com Dona "M" proporcionaram um cenário propício para a emergência da psicose, na medida em que a não-inscrição da função do nome-do-pai em seu inconsciente, resultou para o paciente uma carência estrutural que favoreceu a estruturação psicótica do paciente.

Dona "M", com sua história de gravidez psicológica e o desejo voraz de ser mãe, desempenhou um papel crucial na dinâmica psíquica de Afoxé. A substituição do papel

materno, —consequente quanto à necessidade de operar distanciamento necessário de seu bebê para que ele possa nascer para dentro do mundo simbolicamente organizado —, por um excesso de cuidado e proteção revela uma dinâmica na qual o paciente fora involuntariamente transformado em objeto de seu desejo não realizado. Este cuidado excessivo e a dedicação exclusiva a Afoxé configuram uma relação simbiótica, que, longe de prover uma amarração simbólica sólida, produziu uma difusão nos limites entre o eu e o outro, o que após a crise se traduz nas permanentes invasões de outros diversos experimentadas em forma de alucinações.

Mas se a escuta clínica da história vivida do sujeito nos permitiu esclarecer algumas das condições para a psicose, resta elucidar como Afoxé manteve-se tanto tempo fora de crise e quais foram as condições do seu desencadeamento. Pois, sabemos como, para a abordagem lacaniana das psicoses, manter-se atento ao sequenciamento desses acontecimentos pode ser decisivo para o encadeamento das produções delirantes e construção do horizonte de intervenção com o paciente (LEADER, 2013). Não se trata de tarefa fácil, haja vista que, seja pela desagregação discursiva do paciente, ou pela resistência da família em abordar o processo de adoecimento do paciente, a coleta detalhada dessas informações pode custar longo período de escuta para vir à tona ou mesmo nunca chegar efetivamente a se concluir. Nesses casos, vale manter a elaboração do PTS como uma empreita constante, preferencialmente compartilhada pelos diversos serviços pelos quais o paciente deveria circular e que o escutariam em momentos diversos da progressão da sua vida.

Afoxé permaneceu como um desses pacientes cuja sequência lógica da irrupção do surto e sua anterior organização nunca fora completamente sistematizada. Em parte pela evidente dificuldade de Dona “M”, prestadora privilegiada de informações sobre a história de Afoxé, em verbalizar alguns elementos desta que ela considerava inadequados, o que já demonstra os limites do reconhecimento que nosso paciente, em sua singularidade, encontrava no seio familiar. Apesar disso, nossos esforços na construção do caso clínico do paciente, que se confunde com nosso desejo e aposta na transferência como motor do tratamento, garantiu algumas chaves nucleares de interpretação de sua biografia.

Católicos fervorosos, a família na qual Afoxé fora criado "fazia a residência de igreja” (sic), de acordo com Dona “M”, e o paciente, consequentemente, cresceu sendo influenciado a pregar o evangelho no interior desta. Ainda muito jovem, no entanto, os familiares passaram a “suspeitar que Afoxé fosse gay” (sic) mas optaram por nunca abordar o assunto frontalmente,

apenas obrigando-o a dedicar-se mais assiduamente nas atividades religiosas tão logo evidenciasse qualquer comportamento que rompesse com as expectativas heteronormativas da família. Esta repressão toda, no entanto, não impediu o paciente de viver experiencias amorosas e homossexuais ao longo da adolescência. O que nos faz duvidar de que ele tenha se apegado ao papel de "bom filho pregador" como identificação imaginária que lhe garantia certa estruturação pré-crise.

Pelo contrário, embora tivesse se engajado nas atividades familiares, segundo a narrativa do paciente e sua mãe-irmã, Afoxé nunca teve dificuldade em frustra-los tomando caminhos outros. Nesse contexto, cabe mencionar que havia um único membro da família com o qual Afoxé se abria sobre seus desejos homossexuais, seus relacionamentos ou interesses diversos. Trata-se de um primo, também homossexual, com quem Afoxé saía e fora responsável por introduzi-lo a algumas das primeiras experiências que produziram alguma emancipação possível da família. Embora sofresse toda sorte de discriminação por parte da família, em especial dos pais de Dona "M", foi ao lado dele que o paciente viveu suas primeiras experiências sexuais, conheceu as religiões de matriz africana e as grandes artistas pop que cantavam em língua inglesa e lhe apresentavam a riqueza que habitava seu discurso durante a internação hospitalar..

Infelizmente, este primo veio a falecer no início da vida adulta, aos 24 anos, em decorrência de complicações da AIDS. Acontecimento que, embora não possamos identificar de maneira taxativa como fator desencadeante da primeira crise do paciente, passou a compor os conflitos psíquicos nos quais o paciente encontra-se submerso, levando-o, na época, a apresentar de maneira incipiente alguns dos comportamentos que ainda hoje se desdobram em sua sintomatologia. Se a família encontrou no senso comum preconceituoso formas de justificar o falecimento precoce do jovem, associando a AIDS à homossexualidade e resposta ao pecado, Afoxé, por sua vez, intensificou a visita a terreiros diversos. Jamais vinculava-se a uma única casa, mas era conhecido por inúmeros pais e mães de santo, segundo relatos da Dona "M", em comportamento errante e andarilho muito recorrente em pacientes psicóticos. O que sugere que neste momento já estava experimentando o pródromo do seu adoecimento corrente, precipitada pela perda do provável suporte identificatório que servia para ancorar o paciente fora de crise apesar da estruturação psicótica.

A investigação sobre o desencadeamento da sua primeira crise nos facilitou interpretar a ambivalência recorrente no modo como se relacionava com a figura deste primo durante a internação, acessando, portanto, a verdade do paciente contida no conteúdo delirante que antes era descartada pois imediatamente incompreensível. Este primo, que em vida fora rejeitado pela família e com o qual o paciente, em sua verborragia delirante, ora identificava-se por ser "lindo, leve e solto", ora denominava como um "ser maligno", servia de sustentação para as convicções persecutórias do paciente de que queriam lhe enviar para o inferno: ele era um pecador como o seu primo e, portanto, estava igualmente condenado.

Estando "à céu aberto", o inconsciente na psicose de Afoxé, se revela em sua dimensão mais crua e avassaladora, uma vez que não é submetido às amarras simbólicas que usualmente organizam e canalizam os desejos e as demandas pulsionais díspares no interior do aparelho psíquico. Neste vácuo simbólico e sem nada que as organizem numa cadeia lógica socialmente compartilhada, o paciente tornou-se refém da sua relação direta e intricada com o gozo, muitas vezes resultando nos fenômenos elementares, tais quais as alucinações e delírios. Gozo desmedido e angustiante que representam o retorno, no real, daquilo que não se inscreveu no simbólico e tornam sua forma de estar no mundo tão singular e desafiadora em relação à construção de sentido: Oxum, os neologismos, Shakira, a miséria, a cobra-grande, o lamento de sentir-se feio, a Beyonce e o medo do inferno se encontram em uma mesma narrativa como significantes aparentemente desprovidos de significado e encadeamento, mas que possuem a função de verdade para um sujeito que historicamente encontra-se encerrado, primeiro pelo desejo materno, e atualmente pelos quatro muros da clínica psiquiátrica na qual se encontra há meses internado.

Todavia, devemos refletir sobre o alerta de Safatle (2011). O filósofo sublinha que, no texto freudiano, existe uma alusão preliminar à incapacidade psicótica de realizar uma mediação simbólica entre os sistemas de identificação do Eu e os registros da alteridade, decorrente de uma fixação no estágio narcísico do desenvolvimento. Isso leva Safatle a afirmar que:

> [...] devido a tal fixação, todo reconhecimento de si em um outro aparece como a anulação catastrófica dos regimes de identidade que até então, sustentavam uma certa estabilidade pré-psicótica. O problema da defesa contra o homossexualismo é, no fundo, modo freudiano de dizer que, na psicose paranoica, todo reconhecimento de si em um outro é vivenciado de maneira ameaçadora e muito invasiva, o que coloca uma

> personalidade formada a partir da internalização de identificações em rota contínua de colapso (SAFATLE, 2011, p. 7).

Identificações em rota contínua de colapsos que verificamos na facilidade com que o discurso aparentemente incoerente de Afoxé passa do reconhecimento de si mesmo como "gay, pobre, doido e feio que caga peida e mija" (sic) para "o senhor da cura que faz milagres e transfere 10 milhões de reais em *pix* com a força do pensamento" (sic) para o analista que o escuta. Diante desse complexo e heterogêneo conjunto de significantes, como mapear e identificar as ancoragens que sustentam este sujeito à vida? Em quais apostar? Fato é que a empreita mesmo de garantir uma escuta sistematizada ao paciente parece ter sido eminentemente terapêutica. Gradualmente as manifestações autoagressivas reduziram até cessar por completo e em suas construções delirantes, testemunhadas pelo psicólogo residente, construía saídas criativas para os enigmas e dúvidas que antes pareciam insuportáveis. Em determinado momento dos atendimentos com Afoxé, notamos que o medo permanente de ser condenado ao inferno pelos seus pecados deixou de fazer parte da sua narrativa cotidiana depois que ele passou a se identificar como um "erê", representação infantil em algumas religiões de matriz africana que, segundo o paciente, por "ser criança não tem pecados" (sic).

O que não significa, evidentemente, que Afoxé tenha deixado de psicotizar. As andanças, as alucinações auditivas, os neologismos e o comportamento chamativo, tudo se manteve como signo da sua maneira singular de estar no mundo, organizando sua carência simbólica a partir dos delírios por ele construído e socializado com quem se permitisse testemunhar. Além da drástica diminuição na autoagressividade, as transformações mais marcantes se deram no encadeamento discursivo do paciente que, se antes era reconhecido pelo conteúdo fragmentado e incoerente, agora parecia ganhar um tom mais uniforme: suas experiências com a umbanda e o candomblé tornaram-se figura cada vez mais presente.

Agora mais organizado psiquicamente pelo trabalho de secretariamento realizado (LACAN, 1988), Afoxé demonstrava rebuscado conhecimento sobre as religiões de matriz africana, suas crenças, ritos e fundamentações teóricas. Seus momentos de maior concatenação de pensamentos se deram enquanto diferenciava com rigor as diferentes casas religiosas que frequentou durante a vida. Narrava com entusiasmo sua experiência de iniciação na religião e de como ingressou, a principio, a fim de realizar seus desejos de

riqueza, fama e amor. Afirmava ser filho do orixá Obaluaê e ter Chico Légua como caboclo de cabeça, costumava incorporar a ambos nos cultos religiosas frequentados onde, segundo o paciente, sentia-se respeitado em decorrência de sua mediunidade que lhe proporcionava um lugar no interior destas atividades: quando incorporava, dava conselhos e atendia aos demais frequentadores que o procuravam, encontrando reconhecimento e protagonismo nunca verdadeiramente percebido no interior do seu núcleo familiar.

Desta feita, se a metodologia das ancoragens do sujeito implica o mapeamento e a identificação das forças vitais que amarram o sujeito à vida, à despeito das situações sociais críticas nas quais se encontra (BROIDE; BROIDE, 2020), nosso paciente, que segundo seu próprio relato e o de Dona "M", aparentemente não dispõe de nenhuma vinculação com o território, recursos da comunidade ou com a sua própria casa, passou a narrar de maneira consistente um suporte subjetivo possível de ser investido pela equipe técnica na construção de um PTS visando sua desinternação. Pelo menos dois terreiros foram amplamente mencionados pelo paciente com riqueza de detalhes, assim como as relações que mantinha com alguns de seus frequentadores e mantenedores. Motivo pelo qual passamos a pactuar diretamente com o paciente a possibilidade de desenvolvermos alguma intervenção envolvendo o terreiro frequentado.

Logo, as manifestações sintomáticas e a relação transferencial mantida ganhou novos contornos. O paciente que, embora já estivesse demonstrando-se acessível para ser acompanhado pelo profissional que o escutava, mantinha-se exclusivamente numa relação fechada com seu delírio, passou a procurar ativamente o profissional que o escutava demandando notícias e informações acerca do terreiro. Pedia para ver fotos dos rituais realizados e, em movimento já conhecido, dirigia suas mãos para as imagens, como se capturasse alguma energia, e as direcionava até a cabeça. Suplantou o gozo mortífero dos sintomas no qual estava encerrado e, pela primeira vez em muito tempo, engajou-se em investimentos em objetos da realidade externa.

Curiosamente, Obaluaê, de quem se diz filho, é reconhecido nas religiões de matriz africana como o orixá da cura e da doença, estando vinculado a todo tipo de enfermidade e seu respectivo tratamento e, durante a realização das entrevistas para a aplicação do método das ancoragens, Afoxé passou a comunicar ao psicólogo residente de que estava sentindo que seu "orí" (segundo o paciente, o correlato à alma, no candomblé) estava sendo curado. Que se

trate de um desdobramento da sua construção delirante ou de um dado inerente à sua identificação religiosa e independente do seu processo de adoecimento, trata-se de uma demonstração de como o próprio processo de construção do PTS, quando construído junto com o paciente, é capaz de potencializar o surgimento de novas formas de sociabilidade e de relação do sujeito para com os outros e com sua forma de gozar, como afirmava Lancetti (2015).

Para todos os efeitos, um PTS, embora deva manter como horizonte a singularidade do assistido, para se configurar como efetivo instrumento promotor de emancipação, deve ser realizado coletivamente, englobando instituições, familiares e comunidade. Como vimos ao longo deste relato, um dos primeiros impasses que precisamos enfrentar durante a construção de um PTS fora superar as resistências internas à instituição hospitalar, no entanto, a experiência empírica nos provou que esta é só uma das dificuldades encaradas. No caso de Afoxé, embora seu quadro apresentasse melhora nunca antes percebida e dele próprio partisse o interesse de investir no terreiro e nas práticas afro-religiosas como ancoragens possíveis para interromper seu ciclo de internação e andanças intermináveis, sua família nos impediu de dar continuidade na intervenção por desaprovarem a vinculação do paciente ao candomblé, que eles consideraram uma "traição à Deus" (sic), chegando a afirmarem que preferiam "ele (o paciente) assim (internado), do que cultuando outras religiões".

Além de evidenciar os limites do hospital na construção de estratégias de cuidado no território, haja vista que, tratando-se de instituição total cuja tendencia é restringir a autonomia, frequentemente as experiências de produção de liberdade esbarram na estrutura institucional que perpetuam a segregação; a dificuldade em levar à cabo nossa proposta de intervenção, à despeito dos resultados exitosos, demonstra também a importância do fortalecimento da RAPS e especialmente dos CAPS como dispositivos de reintegração comunitária pois, atuando diretamente no território e acessando com mais facilidade a família do paciente, poderiam investir em estratégias de sensibilização da família para a concretização do PTS previamente construído.

Afoxé permaneceu internado, embora muito mais funcional dentro de suas possibilidades, mas os avanços que o cuidado coletivo produziram no interior de seu caso, um dia considerado impossível, nos permitem vislumbrar as potencialidades de um cuidado orientado pela escuta das sendas percorridas por um sujeito que, apesar de todos os pesares,

continua desejando viver. E, embora conclua-se como um caso não exitoso no sentido de garantia da desinternação, demonstra-se como um caso bem sucedido na medida em que o método das ancoragens do sujeito permitiu uma virada decisiva não somente na qualidade da assistência ofertada ao paciente durante sua internação e no resgate da sua capacidade de produzir vínculos, mas facilitou com que um paciente historicamente relegado à condição de objeto, pudesse construir para si uma narrativa para além daquela expressa em seu CID, tornando-se protagonista dos rumos do seu tratamento e inaugurando uma forma, mesmo que particular, de fazer laço com o mundo externo.

4. O CASO NAUTA: COMO SE SERVIR DAS ANCORAGENS COM UM SUJEITO QUE NÃO DESEJA FIXAR-SE?

Até aqui, pusemos a psicanálise lacaniana em diálogo com o paradigma psicossocial da saúde mental a fim de tensionar as potencialidades do método das ancoragens do sujeito no processo de construção de PTS de um caso cuja complexidade parecia solapar quaisquer virada possível em sua construção e intervenção. Tomamos por orientação aquele que talvez seja o mote da metodologia, a saber que, à despeito do quão inacessível e "por um fio" pareça estar a vida de um paciente soterrado pelas situações sociais críticas, se ele está vivo é porque dispõe de alguma força vital que ainda o amarra à vida, por mais frágil que seja, cabendo ao profissional assistente identificá-la e trabalhar a partir e através dela (BROIDE; BROIDE, 2020).

Acreditamos ter evidenciado como muitas das vezes o ponto decisivo na guinada que separa um caso aparentemente impossível de um PTS minimamente estruturado é a disponibilidade para desvelar que por trás de vidas por um fio há um novelo mais ou menos intricado que ditam os investimentos libidinais capazes de manter um sujeito longe da morte, concreta ou simbólica, mesmo quando este parece ter sido reduzido àquilo que Agamben (2010) nomeou vida nua, condição de muitos dos nossos pacientes cuja precariedade da subsistência, vulnerabilidade e violências experimentadas revelam um corpo marginal reduzido à pura biologia. Morte em vida naturalmente agravada pela fragilidade das manifestações da identidade em jogo no cerceamento da liberdade provocado pela hospitalização.

Ocorre que se os avanços demonstrados foram viáveis, devemos isto, entre outras coisas, ao fato de termos partido de um problema claro: se almejávamos desinternar "Afoxé", antes era preciso encontrar meios de retirá-lo da invisibilidade e silenciamento promovidos pela estrutura familiar e hospitalar e construir junto a ele um lugar de fixação que fizesse uma resistência possível àquelas invasões fragmentárias do Outro. Porque estruturalmente psicótico, o paciente encontrava-se simbolicamente para fora do mundo e, através da metodologia das ancoragens, apostamos na tecitura de um lugar que o coubesse e ampliasse as suas formas singulares de fazer laço no interior do corpo social.

As ancoragens podem ser sempre materiais ou figurativas, como restou demonstrado no caso de Afoxé a partir da (re)descoberta (haja vista que sempre previamente presente em sua história de vida) dos espaços físicos dos terreiros e a legitimação das práticas religiosas como resgate de cidadania, sistematicamente denegadas por todos que o cuidaram até aquele momento; e quando plenamente escutadas podem ser capaz de desembaraçar mesmo as empreitas desejosas de um paciente cujo quadro há anos parecia inflexível. No entanto, por mais que se refira à dimensões múltiplas, a aplicação da metodologia das ancoragens, tal como preconiza a política de saúde mental, nesta experimentação incipiente nos pareceu intrinsecamente condicionada à noção de territorialidade e a um certo *ethos* do paciente. Pois, embora carecesse de um "lugar" em que fosse capaz de fincar os pés e fizesse borda à angústia desagregante, as ancoragens que buscamos para Afoxé desabrocharam justamente dos lugares geográficos e psíquicos pelos quais o sujeito andou e fora determinado, em suma, a cultura, a história, a família, o estado, as instituições, as interdições que sofreu e os grupos dos quais fez parte.

Como pensar, então, a produção de saúde mental, reintegração social e as ancoragens no caso de um paciente imigrante, ou seja, para algum que, para todos os efeitos, encontra-se politica e geograficamente "sem lugar"? Como garantir a adesão ao tratamento, à construção de um PTS para desinternação e a vinculação aos equipamentos substitutivos da RAPS quando o sujeito em questão carrega o movimento como marca e demonstra-se decidido a nada querer saber sobre o seu passado e território de origem?

Fora destas particularidades que nos ocupamos no caso de Nauta, jovem nigeriano de 25 anos que, acompanhado de mais 6 conterrâneos completamente desprovidos de qualquer informação sobre o país de destino, alocaram-se clandestinamente no leme de um navio com

bandeira da Libéria. Durante 11 dias em mar aberto e ocupando um espaço físico de tamanho similar a uma pequena caixa d'água, o nosso paciente e seus companheiros de viagem enfrentaram o calor diurno, o frio noturno, a fome, a sede e o medo do desconhecido antes de serem descobertos pela tripulação de embarcação vizinha que, após notar a presença dos homens em condições desumanas na parte externa do navio, os denunciou ao comandante da embarcação..

Após a fiscalização marítima realizada pela Polícia Federal e cumpridos os trâmites previstos na Lei Nº 13.445/17 — que dispõe sobre os direitos e os deveres do imigrante, bem como regula a entrada e estada no País e as políticas públicas que lhe cabem —, dois dos nigerianos tiveram o retorno para o país de origem custeado pela empresa mantenedora do navio, enquanto os outros cinco, incluindo Nauta, solicitaram refúgio e foram colocados em contato com a Defensoria Pública da União e o Alto Comissariado para os Refugiados da ONU (ACNUR) responsáveis, respectivamente, por judicializar o pedido e garantir que, durante o período de julgamento deste, os imigrantes possam ter seus direitos minimamente garantidos como qualquer outro estrangeiro residindo legalmente no país.

O processo de reconhecimento da condição de refugiado pode demorar meses ou anos e as condições para a sua solicitação se deram em decorrência das graves violações de direitos humanos enfrentadas durante traslado e nos riscos aos quais os nigerianos se expuseram a fim de encontrar saída de seu país de origem. Até que o pedido transitasse em julgado, os imigrantes receberam ajuda de custos por parte da seguradora do navio no qual vieram escondidos e foram direcionados para a Casa Abrigo para Pessoas Adultas e Famílias em Situação de Rua (CAMAR), serviço do município de Belém que acolhe por até 6 meses e/ou conforme avaliação técnica pessoas em situação de rua.

No CAMAR, Nauta dispunha de acolhimento, alimentação e higiene, bem como de tentativas de inserção na rede intersetorial e incentivo a participação de atividades socioeducativas para reconstrução de projeto de vida, estes últimos dos quais pouco pôde tirar proveito devido à dificuldade na comunicação. Não conseguindo inserir-se nessa programação e tampouco estabelecer contato com os demais acolhidos ou os profissionais do serviço, nos primeiros meses o jovem nigeriano se lançava a conhecer os arredores do abrigo, localizado na região central da cidade. Sendo exatamente em uma dessas ocasiões que eclodiram os

sintomas que justificaram sua internação na clínica psiquiátrica e, consequentemente, nosso encontro.

Um dia, enquanto caminhava na frente da Basílica Santuário de Nossa Senhora de Nazaré, célebre templo religioso católico e ponto turístico de grande movimentação, Nauta ouviu uma voz — a qual imediatamente intuiu vir diretamente de Deus —, que o ordenava que subisse no topo do altar do Santuário e tentasse tocar ao sol. Imediatamente lançou-se a obedecer o suposto comando divino, até que fora impedido por agentes de segurança pública que o conduziram para a EP, momento específico em que outro significante da exclusão se somou ao de imigrante: acabara por se tornar paciente psiquiátrico.

Para Knobloch (2015), o imigrante ocupa, na contemporaneidade, o lugar que, pelo menos até a promulgação da Reforma Psiquiátrica, fora há muito relegado ao louco, a saber, o de alteridade desconcertante que, por romper com a racionalidade hegemônica, tem sua estranheza revestida de perigo e as mais diversas formas de exclusão e segregação justificadas em decorrência disso, como podemos perceber em movimentos xenófobos no mundo todo. Não nos deteremos sobre como a reforma, enquanto projeto nunca necessariamente concretizado mas em permanente implementação ainda não livrou os loucos brasileiros do asilamento e tampouco da exílio simbólico, mas nos cabe mencionar, diante disso, que não fora desprovido de efeitos o duplo estrangeirismo que recaía sobre os ombros do Nauta durante o tempo em que esteve internado.

Nos primeiros dias na Emergência Psiquiátrica, o paciente mantinha comportamento majoritariamente isolado e evitativo. Passava boa parte do tempo sentado com a cabeça baixa e sem esboçar reação alguma diante das dezenas de pacientes em franca crise e sintomatologias das mais diversas com os quais partilhava o limitado espaço físico. O fato de ter o inglês como língua materna tornava o paciente ainda mais inacessível, até mesmo para a equipe assistencial que, confrontada com a lacuna de informações sobre a biografia do paciente, alimentava e fazia circular informalmente as mais diversas fantasias sobre ele: uma das mais profícuas o identificava como último sobrevivente de um atentado terrorista que dizimou toda sua comunidade. Embora neste contato inicial jamais tenha dado a ver quaisquer episódio de agitação ou sequer sugerisse alteração na sensopercepção, as evoluções em seu prontuário descreviam um sujeito agressivo e de comportamento extravagante, o que não

raramente justificava pelo menos a sua contenção nos membros superiores durante parte significativa do dia.

Neste contexto, outra vez a experiência empírica nos evidenciou que a mais simples demonstração de interesse na escuta do sujeito e seu desejo lá onde ele muitas vezes parece abstruso e subjetivamente definido pela vulnerabilidade na qual se encontra, é a estratégia mais eficaz na direção de construção de uma transferencia possível. Embora eu não estivesse inserido na equipe que o assistia, por dominar de maneira regular a língua inglesa tomava a liberdade de insistir em uma ou outra interação no intervalo dos meus atendimentos, movimento que acreditamos ter sido decisivo para fazer furo no emudecimento característico que Nauta resguardava durante esta primeira internação.

O fato de ser capaz de responder aos cumprimentos do psicólogo residente e/ou interagir minimamente com um francês que se encontrava internado no mesmo período nos confirmava que a mudez não era dotada de fundo orgânico e tampouco coadunava com a obediência inflexível a uma voz de comando típica da sintomatologia esquizofrênica. E, embora o paciente fosse plenamente capaz de, na ausência de um interlocutor que o provocasse, atravessar dias sem pronunciar uma única palavra sequer, as conversas, chistes, memórias e provocações que o paciente passou a trocar com o psicólogo que o interpelava ocasionalmente nos levou a crer que seu mutismo seletivo, não raramente transformado em signo patológico que confirmava a hipótese diagnóstica de esquizofrenia, tratava-se, na verdade, de sintoma do silenciamento experimentado pelo paciente durante internação e agravado pela sua condição de imigrante.

Foi assim que, no salão da clínica psiquiátrica, entre uma interação e outra, que visava despertá-lo do entorpecimento e apatia proporcionada por uma internação psiquiátrica de longa duração — e agora o residente já tendo sido transformado em seu psicólogo assistente em decorrência do vínculo criado —, fomos dando corpo à uma narrativa sobre o paciente que fosse além do fato de que este ouvia vozes, bem como pudesse interromper as fantasias criadas a seu respeito. Descobrimos, a partir daí, e à despeito do seu laconismo e respostas imediatamente monossilábicas, que Nauta adorava músicas românticas e do gênero afro-hall; que antes de imigrar para o Brasil tentou uma carreira como "*businessman*" (sic), revendendo tênis de marcas; e que nosso paciente era o penúltimo filho de um casal, composto por um feirante e um criador de porcos, que fora compulsoriamente transformado em "*last born*" após

a morte precoce do irmão caçula vitimado em um acidente de trabalho. Estes dois significantes nunca deixaram de aparecer no discurso do paciente e por isto, os tomamos como centrais na construção do seu caso clínico.

Nos deteremos imediatamente sobre o último: segundo Nauta, "*last born*" representa literalmente, na cultura nigeriana, o último herdeiro a nascer no interior de uma família, motivo pelo qual deve ser cuidado com mais zelo e "olhado por todos" (sic), o que inclui não somente seus pais, mas garantiria uma certa cautela por parte dos demais irmãos, em especial do penúltimo irmão que seria simbolicamente incumbido de se certificar que o mais novo encontrava-se minimamente seguro e protegido.

Por este motivo, a inclusão da morte do "*last born*" na historicidade de Nauta nos fez questionar se seu isolamento característico não seria indicativo clínico de uma melancolia. Afinal, é célebre o texto "Luto e Melancolia" no qual Freud (1917; 2017) descreve a melancolia como um processo no qual o sujeito, incapaz de desinvestir sua libido do objeto perdido, internaliza a perda de tal maneira que o ego se identifique com aquele. No caso do nosso paciente, a perda do seu irmão mais novo, alguém que ele tinha a responsabilidade de proteger, poderia estar sendo internalizada de maneira dolorosa, na medida em que ele não só perdeu o caçula, mas também a imagem de si mesmo como um cuidador competente. Assim, passando a ocupar o lugar de "last born" e operando uma identificação com o objeto perdido, não poderia o isolamento de Nauta configurar-se como signo de uma auto-recriminação que, inicialmente dirigida ao objeto perdido, passou a assombrar seu próprio ego com uma corrente desvalorização? A responsabilidade atribuída pelo Outro, enquanto enquadre cultural, ao penúltimo irmão na proteção do caçula amplificaria a percepção de si mesmo como insuficiente, contribuindo para um quadro melancólico em que a perda do irmão não seria apenas um evento externo, mas uma ferida interna persistente e assimilável no seu comportamento distanciado.

Mas se fosse este o caso e nosso paciente estivesse atravessando processo melancólico, como justificar a ruptura com a realidade e a patente ausência de significação afetiva? É bem verdade que Nauta apresentava um rebaixamento de humor e comportamento evitativo amplamente perceptível, no entanto, esta alteração não era necessariamente encadeada por um discurso autodepreciativo ou incapacidade de investir em atividades ou objetos externos — característica central da melancolia —, mas muito mais por um déficit na

simbolização de suas experiências. Nosso paciente falava sobre como passou onze dias em mar aberto com fome com a mesma imobilidade afetiva de quando narrava como tinha passado a noite.

Que após a morte do irmão ele tenha se tornado em "*last born*" e, portanto, deveria ser o irmão investido de cuidado, tudo isso parecia essencialmente indiferente para o nosso paciente. Este cuidado ou afeto nunca veio realmente à tona na narrativa do paciente acerca da sua história vivida; não verbalizava sobre a provável preocupação que seus pais ou irmãos — que não sabiam da sua vinda para o Brasil — poderiam estar sentindo e tampouco parecia ele mesmo afetado pelo distanciamento ou pela carência de vínculos em terras estrangeiras. É bem verdade que ele chegou a narrar sobre como sua mãe costumava preparar suas comidas preferidas: arroz frito e "fufu" (uma comida africana pastosa feita à base de madioca) com molho de quiabo; mas quando questionado sobre as circunstancias de seu gesto abrupto de dar adeus à família e comunidade nigeriana e embarcar clandestinamente rumo a qualquer lugar, Nauta nunca delineava uma significação ou esboçava grandes implicações afetivas. Jamais verbalizou saudade dos seus familiares e das vezes em que fora perguntado sobre como se sentia por não ter conseguido sequer se despedir, demonstrava dificuldade na simbolização do ato e respondia apenas que fez o que tinha que ser feito.

Junto com as alucinações auditivas que o levaram a ser internado pela primeira vez, esta aparente inclinação a uma movimentação sem destino fixo e desprovida de significação e apego ao lugar de origem nos levava a cogitar a hipótese diagnóstica de psicose. Levamos em consideração como esconder-se clandestinamente em um leme de navio e narrar isso sem nenhuma carga dramática é um gesto pouco usual para um neurótico. Sobre esta abordagem, Calligaris (2013) nos lembra como uma das pistas clínicas na elaboração do diagnóstico diferencial das psicoses passa pela facilidade com que os sujeitos psicóticos, — apresentando ou não os sintomas positivos de delírios e alterações na sensopercepção, ou seja, estando no período pré-crise ou após o desencadeamento desta —, são capazes de se envolver em errâncias que se materializam na tomada de caminhos absolutamente heterogêneos no curso de uma vida sem que isso seja dotado de uma significação especial. O psicótico, nas palavras do analista, por não dispor do significante Nome-do-Pai como elemento organizador dos demais significantes e suas significações se trata de

> Um sujeito eminentemente errante, errante no sentido da errância, não do erro. Um sujeito que pode errar, errar no sentido de atravessar o mundo e seus caminhos (…) Trata-se de um horizonte de significações que não é organizado ao redor de uma significação central que organizaria todas as outras. E, como consequência dessa posição, o sujeito tem de errar. Mas errar não na procura de algo que poderia ser encontrado como significação final (…) Errar porque não existe um lugar a partir do qual podemos medir a significação do que estamos fazendo. Nessa medida, é evidente que a única coisa que resta é percorrer todos os caminhos (CALLIGARIS, 2013, p. 17).

Este dado é de valor imensurável no cotidiano do trabalho da clínica diferencial das psicoses, no entanto, antes mesmo que pudéssemos nos precipitar ao tomá-la como norte no caso do Nauta, algumas questão se colocavam na ordem do dia: se a errância do nosso paciente indicava uma possível estruturação psicótica, seriam psicóticos todos os outros seis nigerianos que o acompanharam na travessia? E todos os outros casos de imigrantes que se expõem a riscos os mais diversos e abandonam sem olhar para trás toda a construção de uma vida anterior na esperança de garantir a condição de refugiado de países em crises humanitárias; seriam todos eles psicóticos? Não estaríamos compreendendo rápido demais, à contrapelo da indicação lacaniana, e, o que nos pareceu ainda mais grave, patologizando questões sociais cuja gravidade e dimensão a psicanálise e sua teoria ocidentalizada ainda não teria alcançado na totalidade?

Com efeito, além destes problemas imediatos, a própria experimentação transferencial com Nauta impunha desafios outros para a conclusão diagnóstica. Após estabelecimento de vínculo, o paciente, embora mantivesse notória precaução na exposição, rapidamente rompeu com o que considerávamos um embotamento afetivo e passou a demandar atenção, expressar afeto e manifestar adequadas e esperadas alterações de humor nas interações com o residente. Questionava quando sairia do hospital, demonstrava medo, surpresa e receios diante dos pacientes cuja sintomatologia lhe causava estranheza e procurava espontaneamente pelo seu psicólogo a fim de lhe contar sobre as descobertas e vivências acumuladas no interior da clínica psiquiátrica ou mesmo para tirar dúvidas sobre as diferenças culturais que ele estava sentindo em sua estadia no Pará. Sendo todas estas, manifestações que a experiência empírica na clínica nos mostra serem pouco comuns em pacientes psicóticos.

Mas se a transferência permitia com que Nauta adotasse uma postura subjetiva diferente na relação com seu psicólogo, na rotina da internação e especialmente quando em contato com demais membros da equipe assistencial ele mantinha o mesmo mutismo e isolamento. A cabeça baixa e o corpo encolhido na cadeira estrategicamente posicionada em

algum canto distante dos espaços de maior movimentação de pacientes e profissionais, à despeito de sua compleição física forte, fazia parecer que ele estava em permanente condição de (ou em vias de sofrer alguma) humilhação ou subalternização.

À respeito disso, Rosa (2018), analista com vasta contribuição acerca da prática clínica e política com imigrantes, nos recorda sobre como pacientes refugiados de países marcados pela violência da exclusão dos modos de vida socialmente valorizados pela lógica capitalista podem identificar-se com a posição de resto empobrecido simbólica e materialmente. De acordo com a pesquisadora, a escuta dessas "vidas secas" pelo trauma e pela histórica exploração de seus corpos e países de origem pelo colonialismo que os segregou não somente do acesso a bens e serviços, mas da dignidade humana, produz uma apatia e um emudecimento que recobrem os esforços psíquicos de um sujeito que, a fim de garantir a manutenção da sua sobrevivência, ergue bloqueios subjetivos na intenção de proteger-se das conhecidas e esperadas violências cometidas por uma estrutura social que rechaça e mói corpos dissonantes que jamais encontraram na figura do Estado-nação a suposta garantia de uma inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança.

Quanta violência, violações de direitos, privação e situações-limite Nauta já não tinha passado antes de cair na malha da psiquiatria em terras brasileira? Por quantas experiências traumáticas nosso paciente não atravessou antes de assumir como recurso possível lançar-se na incerta travessia de um oceano inteiro? Por estas e outras questões decisivas acerca da história pregressa do paciente permanecerem sem respostas para a equipe, suspendemos a urgência na elaboração de um diagnóstico diferencial e tomamos como horizonte para o manejo clínico os apontamentos de Rosa, para quem:

> Antes de pensar em diagnósticos ou estruturas, é preciso escutar o sujeito, esse sujeito que ocupa o lugar de resto na estrutura social, e que está sob condição traumática. Há diferentes formas de evolução ante o mesmo processo que tende a suprimir sua condição de sujeito, processo de coisificação coletiva que pode, entre outras formas, induzir à submissão cega ou ao fechamento autístico. A escuta que supõe romper barreiras e resgatar a experiencia compartilhada com o outro deve ser uma escuta como testemunho e resgate da memória. (ROSA, 2018, p. 44).

Devidamente instrumentalizados e advertidos de que durante o levantamento das ancoragens do sujeito — que demonstravam-se amplamente recônditas pela própria condição de alheamento em um território com o qual não possui nenhum vínculo, mas também pela

corrente apatia acerca de seu passado — mais importante do que entender o lugar das manifestações psicopatológicas naquele momento específico da vida do paciente, era contribuir para que este pudesse resgatar a capacidade de se expressar, socializar e abrir caminhos para que o seu desejo pudesse suplantar a identificação mortificadora com a condição de detrito estruturalmente excluído da corrida pela acumulação de insígnias fálicas e ganhar materialidade e amplitude, mesmo que nas incipientes relações interpessoais desenvolvidas no SIB, por mais precárias que o contexto de uma internação permite que elas sejam.

Desta feita, apoiamo-nos nas elaborações de Tosquelles (2024), psiquiatra catalão revolucionário e precursor das práticas que conhecemos como psicoterapia institucional, segundo as quais, o hospital psiquiátrico e as equipes profissionais que garantem a manutenção de seu funcionamento, engajados na compreensão de suas contradições, devem esforçar-se em subverter a lógica segregadora em jogo na sua estrutura e nas paredes que separam os pacientes do mundo externo e ser transformado em um lugar de passagem. Isto significa que, embora para todos os efeitos estivessem asilados, o hospital psiquiátrico deveria funcionar tendo como horizonte a convivência, a cooperação, a restauração das formas singulares de vida, o reconhecimento e a estimulação da sociabilidade, em detrimento da típica hierarquia que permeia parte significativa das práticas supostamente terapêuticas em saúde mental.

Transformar a internação, momento no qual o paciente tem seus direitos e interesses tutelados pela instituição hospitalar, em um aqui-e-agora no qual ele pudesse falar e ser visto como protagonista, criador e sujeito de direitos, por mais contraditório possa parecer, talvez representasse para Nauta a primeiríssima oportunidade de se aproximar de algo parecido com uma cidadania. Por este motivo, não somente intensificamos as interações e intervenções realizadas com o CAMAR e com o ACNUR no intuito de estabelecer um PTS possível dentro e fora do SIB, como também passamos a acompanhar direta e ativamente o paciente nas atividades desenvolvidas pela Terapia Ocupacional e Educação Física, colocando-o em contato com a singularidade e potência criativa de outros pacientes com características as mais diversas no intuito de produzir um agenciamento capaz de retirá-lo da solidão e apatia.

Gradativamente, Nauta fora deslocando-se do seu isolamento e já conseguíamos percebe-lo engajando-se espontaneamente na rotina terapêutica ofertada na clínica,

interagindo e criando laços com alguns pacientes mesmo separados pela diferença linguística e narrando uma história de si antes desconhecida para todos os profissionais. Na sala de TO desenhava e pintava o navio no qual veio para o Brasil, ornamentos cristãos que representavam a religião praticada pela família e tinham que ver com seu próprio sistema particular de crenças. Em atendimento com seu psicólogo-testemunha, narrou como, na verdade, tinha nascido na Libéria, onde seus pais haviam se conhecido e constituído família e onde viveu e estudou até os seus 15 anos de idade, quando tiveram que fugir após a eclosão de múltiplas e simultâneas guerras civis no país que ameaçavam a segurança e a integridade de seus familiares. Contou sobre a frustração de ter fugido de um país que lhe fazia confrontar-se com cadáveres e homens armados pelas ruas para um país como a Nigéria que, segundo o paciente, fez seus pais acreditarem que encontrariam melhores condições por ser o mais populoso do continente africano, mas muito precocemente descobriram ser igualmente atravessado por guerras, pobreza e conflitos políticos e religiosos.

Em pouco tempo, já arriscava balbuciar algumas palavras em português e dava a ver uma personalidade absolutamente distinta daquela inicialmente conhecida pela equipe técnica. Ria, empreendia piadas com o seu psicólogo, falava de amor, sexo, música, comida e debochava de ter atravessado um oceano só para cair justamente no que ele chamava de “casa dos loucos” (sic). Negava a presença das alucinações auditivas e afirmou que aquela fatídica tarde em frente à Basílica fora a sua primeira experiência ouvindo vozes, nunca tendo passado por nada parecido antes.

Sobre o comportamento que justificou sua internação, dizia apenas lembrar-se muito pouco, mas em nenhum momento apreendia as vozes como sintomas de um transtorno mental, reiterando de maneira intransigente tratar-se da voz de Deus. Nauta chegou a explicar que sua relação e a de sua família com Deus era muito anterior à sua vinda para o Brasil e que eles recorreram ao “Senhor" (sic) nos momentos mais difíceis que passaram juntos, ademais, explicou que na Nigéria ouvir vozes não era algo necessariamente dotado de uma significação aprioristicamente negativa e que ouvir vozes pode mesmo fazer com que uma pessoa seja dotada de certo prestígio social na medida em que pode representar uma vinculação intimista com ordens religiosas diversas: segundo ele, tratando-se de um país definido pela pluralidade religiosa, na Nigéria já tinha ouvido falar de católicos que ouviram a voz de Deus, tanto quanto de islâmicos que ouviram à Allah ou iorubás que ouviam divindades oriundas das suas

crenças tradicionais. Por este motivo, embora o diagnóstico psiquiátrico constante em seu prontuário fosse o de esquizofrenia paranoide, evitávamos entrar nesta seara com o paciente a fim de resguardar a primazia dos seus processos de vida e significações sobre o mundo, entendendo que eles representavam ancoragens possíveis na manutenção da sua singularidade no contexto de situação social crítica na qual se encontrava.

Diante dos avanços no caso de Nauta, foram articuladas reuniões com a equipe do CAMAR a fim de dirimir possíveis dúvidas ou estigmas que poderiam restar presentes acerca da condição psíquica do paciente, haja vista que o abrigo não está necessariamente acostumado a abrigar usuários da RAPS, bem como pactuar estratégias que pudessem facilitar a inserção de Nauta em atividades sociais, educativas ou laborais após a desinternação. Também a ACNUR se fez presente nestes encontros e uma das representantes levantou como um ponto cego clínica e politicamente o fato de ainda não sabermos ao certo qual o real desejo do paciente, se manter no Brasil ou a repatriação para a Nigéria. Isto porque, embora tivesse solicitado refúgio ao governo brasileiro, esta poderia ser somente uma estratégia visando o ganho secundário do valor financeiro direcionado pela empresa responsável pela embarcação usada para sair de seu país de origem.

Com efeito, lançamo-nos a sondar junto com o paciente prováveis contas de familiares e amigos em redes sociais com os quais Nauta ou a ACNUR poderiam estabelecer contato e verificar possíveis novos rumos para o caso do paciente viajante. Reunimos meia dúzia de perfis e, com a anuência do paciente, contatamos alguns destes. Diante do retorno, Nauta até demonstrava alguma alegria pela retomada da capacidade de se comunicar com um irmão ou amigo, mas em nenhum momento indicava o desejo de retornar para a sua terra de origem, embora tampouco verbalizasse planos futuros com o Brasil.

Confrontados com o caráter escuso do desejo do paciente, pactuamos com o CAMAR a sua desinternação, na aposta de que ele pudesse, em liberdade e com a ajuda dos profissionais do abrigo, ampliar as possibilidades de imaginação de um amanhã e inaugurar novas tentativas de vinculação com o território e os recursos disponíveis neste. Para todos os efeitos, investimos no abrigo como uma ancoragem material que lhe garantiria o mínimo para a sua subsistência, enquanto acreditávamos que a positivação e resgate da sua história e autonomia poderiam servir de ancoragem simbólica que lhe daria uma base subjetiva de

sustentação na travessia que agora já não era a de um oceano, mas da própria vida e suas contingências e seu desenlace em uma cidade desconhecida.

Após esta desinternação, Nauta passou um tempo significativo sem internar novamente. Sua segunda internação foi efêmera a ponto e se desenrolou na EP, enquanto somente na terceira e última precisou ser transferido para o SIB. Todas resguardavam semelhanças quanto às causas da internação: alucinações auditivas que se materializavam na voz de Deus lhe dando comandos, o que o levava a adotar comportamento chamativo o suficiente para chamar a atenção das autoridades. Para surpresa da equipe e como comprovação de que nossos esforços não foram em vão, na terceira internação Nauta já dispunha de um emprego remunerado que captou por mérito próprio, uma conta bancária com dinheiro guardado e uma revelação contendo um plano: desejava ir para os Estados Unidos, país que imaginava alcançar quando descesse do navio no qual embarcou clandestinamente na Nigéria com outros seis companheiros.

Descobrimos, pela boca do próprio paciente e dos profissionais do CAMAR, que ao sair da primeira internação o paciente retomou suas andanças pela cidade. Nesta empreita, em pouco tempo já trabalhava informalmente como guardador de carros em vias públicas, atividade durante a qual acabou ganhando a consideração de um frade responsável por uma paróquia no centro de Belém e para o qual solicitou emprego em uma dada oportunidade. Tendo sido contratado como uma espécie de serviços gerais, desenvolvia todo tipo de atividade, desde roçagem de terrenos, limpeza, entregas, etc, trabalho pelo qual recebia um salário mínimo mensal à titulo de pagamento. Tornou-se querido por parcela significativa de seus companheiros de trabalho e superiores, embora também relatasse dificuldades e desentendimentos relativos ao racismo e xenofobia. Sobre estas importunações, pouco parecia se importar, estava focado em guardar dinheiro e, em nosso reencontro, relatou que se beneficiava da comida e hospedagem disponibilizadas no abrigo e mantinha intacto os salários recebidos até ali a fim de seguir o seu sonho de ir para os EUA.

Ora, estas novidades instauraram uma virada decisiva na análise do caso de Nauta. Isto porque, se para Broide (2020, p. 31), o método das ancoragens do sujeito

> implica o exercício de pensar um caso clínico sob o vértice de um projeto terapêutico singular que inclua no atendimento as pessoas, as instituições, e os recursos sociais e simbólicos a que o sujeito tem acesso (…) por exemplo, na inclusão de um comerciante que dá abrigo, de um técnico que tem ou teve alguma história de atendimento importante, da igreja, do padre, do pastor, da

> família, além das instituições de atendimento que articulados, possam proporcionar um salto qualitativo na vida do sujeito.

O paciente que conhecemos na constatável condição de desamparo e cujas ancoragens tínhamos dificuldades de localizar, agora dispunha de uma série de dispositivos e pessoas com os quais contar: os trabalhadores do abrigo, os frades, alguns conhecidos da rua, mulheres que conheceu em suas andanças e amigos e familiares da Nigéria. Para enodar estes personagens nada casuais em sua vida, Nauta já tinha até mesmo comprado um celular para garantir comunicação em tempo real com cada um deles. Tínhamos à frente, portanto, um único impasse: seus empregadores e o CAMAR exigiam que ele estivesse em tratamento psiquiátrico para mante-lo vinculado ao emprego e ao abrigo, respectivamente, e nosso paciente, como discorremos anteriormente, não se identificava como um doente mental e tampouco havia conseguido vincular-se ao CAPS ou aos atendimentos pós-alta com o psiquiatra do hospital. Nauta recusava-se a tomar a medicação e, embora sua vida agora tivesse sido preenchida por uma complexa teia de pessoas, instituições e desejos, caracterizava a si mesmo como um homem solitário e narrava o interesse de continuar sendo escutado pelo seu psicólogo-testemunha.

Sua adesão a um serviço de saúde mental, imposição imposta verticalmente pela sua rede de suporte, partiu de um ponto inesperado e inovador da RAPS: um projeto de pesquisa e extensão mantido pelo FHCGV e profissionais da saúde mental ligados ao hospital que, reunidos em torno da teoria e clínica psicanalítica das psicoses mantém um ambulatório dedicado exclusivamente para egressos da clínica psiquiátrica. Configurando-se como uma iniciativa absolutamente disruptiva de produção de uma psicanálise popular, a clínica das psicoses, como é chamada, funciona nos moldes das clínicas públicas de Freud desveladas por Ann Danto (2019), ou seja, como verdadeiro laboratório que não somente atende pacientes oriundos das categorias menos abastadas da sociedade, mas que comportam, em suas formas agravadas de sofrimento, uma denúncia dos desdobramentos psíquicos da pobreza e vulnerabilidade.

O ambulatório do FHCGV tinha recentemente sido transferido para fora dos muros do hospital, o que contribuiu e muito para a adesão de Nauta aos atendimentos, haja vista que espaço físico estava descaracterizado do ambiente de internação. Agendamos de nos encontrar toda sexta-feira às 14h da tarde e o paciente era levado por um educador do abrigo. Não podia-se negar que havia desejo das duas partes na manutenção daqueles encontros: Nauta

abria mão de um turno de trabalho e o psicólogo que lhe acompanhava desdobrava-se para liberar um horário no interior da sua rotina de conclusão da residência.

O encontro estava nos moldes de um atendimento ambulatorial formal: o paciente e seu acompanhante pegavam uma senha para gerar uma ficha, eu ia ao encontro deles convocá-lo para ser atendido em uma sala na qual passávamos cerca de uma hora. Mas a intervenção começava muito antes de nos encontrarmos entre as quatro paredes do setting clínico, quando o "doutor" de jaleco valia-se da sua posição de poder-saber e fazia questão de recebê-lo na porta com um aperto de mãos, um sorriso e um "como vai?" em alto e bom som que furtava a atenção dos presentes, pacientes, profissionais e recepcionistas que não somente estão demasiado acostumados com a assepsia e o distanciamento dos homens-de-jaleco, como também notam que um corpo negro, estrangeiro e tutelado, pois sempre na companhia de um terceiro que carrega seus documentos e o "entrega" para ser atendido, pode ser tratado de forma horizontal. O que era, para todos os efeitos, o motor dos nossos encontros: garantir que o psicólogo, enquanto um homem olhando, de igual para igual, para outro homem, pudesse personificar uma ancoragem para o sujeito na medida em que produzia um reconhecimento socialmente compartilhado com o paciente capaz de manter seu desejo de viver e sua firmeza subjetiva no enfrentamento das situações de opressão e exclusão diante das quais estava estruturalmente exposto.

Em inglês, a cada sexta-feira, o paciente narrava suas aventuras e desventuras mais ou menos complexas como um imigrante que planejava novamente lançar-se em imigração. Falava de amores, desejos sexuais, dos desafetos criados com outros abrigados no CAMAR, de hábitos da Nigéria muito diferentes do Brasil, de suas ficções familiares, e também de como, embora ele não se sentisse mais sozinho porque sabia que no último dia útil da semana encontraria-se com seu psicólogo, havia coisas das quais seu ouvinte jamais conseguiria entender pelos motivos que Rosa (2018) denominou resistência da classe social do analista, o que, nas palavras de Nauta, pode ser definido como o fato de que por mais bem intencionado e implicado que eu estivesse na escuta do seu desamparo, meu inconsciente estava essencialmente impossibilitado de alcançá-lo em sua integridade porque "ao sair (do ambulatório) o doutor tem uma casa, uma mulher e uma família que o esperam e, por isso, não precisa fugir" (sic). Em suma, nosso paciente falava de dinheiro e justificava toda sua jornada errante e incerta, bem como a próxima que estava em planejamento pelo fato de que

um “homem só é respeitado quando tem dinheiro” (sic), decidido a garantir o acesso a uma “vida boa” (sic) ainda nesta vida, Nauta ignorava completamente os riscos de uma travessia ilegal para os EUA.

Fanon (2020) descreve a “zona do não-ser” como um espaço existencial de desumanização no qual os sujeitos colonizados são relegados, tornando-se invisíveis e desumanizados pela opressão racial e exploração colonial. Estava claro, na escuta de Nauta, que sua busca intransigente e inflexível por dinheiro não se tratava exclusivamente de um desejo material, mas de uma tentativa de reconstrução de sua existência e validação de uma dignidade estruturalmente negada, uma luta potencialmente trágica por inclusão que desafia os determinantes sociais que o confinam na “zona do não-ser”.

Os atendimentos se seguiram por meses e, entre eles, Nauta enviava algumas mensagens ou fazia ligações para o seu psicólogo como se precisasse apenas confirmar que seu desejo de viver permanecia diligente. Até que um dia apareceu para a sessão anunciando que seria a sua última: portava uma sacola plástica com as passagens compradas para um itinerário que envolvia cruzar o Brasil e suas fronteiras internacionais de ônibus a fim de chegar até os EUA pelo México. Naquele dia, realizamos nossa despedida e no momento em que redigia estas linhas recebi uma mensagem sua que dizia: “Tudo vai ficar bem. Tem sido uma longa jornada e eu já escapei de um monte de coisas nesta vida. Este ano Deus abrirá a página da minha vida e quando Ele deseja, retira o espírito do medo de uma pessoa” (sic).

Para os fins desta pesquisa, cabe-nos dizer que, entre a melancolia e a esquizofrenia, preferimos apostar, apoiados nas elaborações de Rosa (2018), que a errância de Nauta se tratava, na verdade, de expressões do caráter metonímico do desejo de um sobrevivente que, à despeito das inúmeras vulnerabilidades, segue investindo em processos de ampliação da vida. Com efeito, restou demonstrado que a própria clínica pode se configurar como uma ancoragem para o sujeito, especialmente quando mantida, como nos lembra Lancetti (2016), como uma anti-clínica, isto é, como uma prática que contraria as raízes etimológicas da palavra que sugerem a capacidade do cuidador inclinar-se sobre o leito de um paciente, na medida em que objetiva não arquear-se sobre ele, mas pô-lo de pé lá onde ele se encontra alienado pela malha da psiquiatria biologizante hegemônica ou pelas situações sociais críticas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa, em sua concepção, acabou provando-se o desvelamento de um sintoma institucional ou, se nos permitirmos maior radicalidade, como um sintoma da própria Rede de Atenção Psicossocial da região abarcada pelo hospital no qual este estudo fora desenvolvido. Isto porque, o fato de termos imediatamente cogitado recorrer a uma metodologia de intervenção psicossocial externa ao campo da saúde mental desvela como, no interior de um campo historicamente construído para dar centralidade ao sujeito e sua singularidade — a saúde mental pós-reforma psiquiátrica —, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ferramenta inerentemente desenvolvida para dar conta desse ideal, parece muitas vezes escanteado nos processos de trabalho. Essa ausência não apenas marginaliza a subjetividade que deveria sustentar o cuidado, mas evidencia uma prática que, em seu automatismo técnico, por vezes obnubila o sujeito em prol da gestão de protocolos e fluxos de alta e desinternação.

No entanto, se este estudo surge evidenciando um furo no cuidado que deveria ser produtor de protagonismo, foi precisamente a partir dessa lacuna que se resgatou um impulso criativo: na busca por um método capaz de favorecer a desinternação dos pacientes mais prejudicados por este circuito alienante, a saber, aqueles em vulnerabilidade social, recorreu-se à metodologia das ancoragens do sujeito. Inicialmente concebida para ser aplicada em situações sociais críticas outras, especialmente no terreno da assistência social, a análise critica do percurso da aplicação desta abordagem desvelou uma multiplicidade de efeitos - alguns previstos e outros inesperados - na prática clínica em saúde mental e nas trajetórias individuais de cada paciente.

Embora posto em prática por um psicólogo e tendo como subsidio teórico a psicanálise, a metodologia das ancoragens do sujeito demonstrou-se um dispositivo potente de escuta e sustentação do que é único e inalienável em cada paciente, permitindo que o sujeito, antes diluído em diagnósticos, estigmas e categorias, volte a ocupar o centro do cuidado. Ao fazê-lo, este método, mesmo que externo ao campo, demonstrou-se uma abordagem ético-política crítica e criativa que acreditamos poder ser replicada por qualquer profissional da saúde mental na difícil empreita de construção de um PTS que efetivamente privilegie a autonomia e o desejo do paciente.

Desta feita, o que era sintoma dissolveu-se em uma constatação inventiva: é pelo desvio que reencontramos o caminho. Ao lançar mão do método das ancoragens do sujeito não se abdica da proposta que sustenta o PTS, mas retomamos o que, no coração do campo

havia sido recalcado e, ao contrário, se resgata o lugar do sujeito nos processos de cuidado . Assim, o próprio ato de pesquisar - de reconhecer a ausência e buscar respostas fora dos limites convencionais - torna-se signo da urgência de problematizarmos a burocratização dos fluxos assistenciais. É no movimento de retorno ao que há de singular, ao que escapa à padronização, que a clínica se reencontra consigo mesma, reafirmando seu sentido político primordial em contexto de retrocessos e apagamento da subjetividade: sustentar a potência, o protagonismo e a autonomia de existências desnudas pela vulnerabilidade social.

Em cada um dos casos analisados, o método não apenas proporcionou avanços no contexto institucional, mas também contribuiu para a redefinição de subjetividades, oferecendo novas vias de inserção social e de reconstrução das formas de convivência. No caso de Afoxé, marcado pela categoria "esquizofrenico crônico" e pela institucionalização de longa data, não logramos a desinternação, mas o progresso na produção de uma autogerência foi evidente. Até então reduzido a uma figura marginalizada pela própria permanência institucional, Afoxé pôde gradualmente ressignificar sua experiência com a loucura e da miséria material e simbólica através da própria escuta praticada em contexto asilar que, através da metodologia das ancoragens pôde favorecer o resgate de conexões vitais com esferas da sua subjetividade e de seu desejo. Assim, ainda que a liberdade física não tenha sido viabilizada, o trabalho permitiu ao paciente redefinir sua posição subjetiva, o que implica uma renovação do seu sentido de existência dentro das limitações postas pela condição clínica.

Em contrapartida, no caso de Nauta, sujeito subjugado por processos múltiplos de subalternização psíquica e social, a aplicação do método das ancoragens do sujeito potencializou um movimento de reconstrução de cidadania e reorientação existencial, sustentado pela articulação de sua história pregressa com a ampliação de novas possibilidades de pertencimento e autonomia no território estrangeiro no qual se encontrava. Sua desinternação é, portanto, não só o desfecho de um processo terapêutico singular, mas também metáfora para a reconstituição de uma subjetividade migrante — como, em linhas gerais é a de todos nós — que visa encontrar meios e condições para se reinscrever de forma autônoma nas realidades as mais adversas.

Assim, a presente pesquisa demonstra que o método das ancoragens do sujeito apresenta tanto potencialidades quanto limites: enquanto se mostra eficaz na promoção de

uma autonomia subjetiva e na reabilitação social em contextos de vulnerabilidade, ele também pode encontrar barreiras institucionais e sociais que, em alguns casos, dificultam a concretização de uma desinternação plena. Esta metodologia, ao propor o resgate do PTS para a inserção dos pacientes em um território ampliado de relações, propõe também uma crítica aos próprios limites da estrutura institucional psiquiátrica, convocando os profissionais à revisão constante de suas práticas. Em última análise, a pesquisa conclui que as ancoragens funcionam como pontes entre o sujeito e o seu contexto social, potencializando as possibilidades de cada paciente na direção de uma subjetividade liberta e, sempre que possível, de uma reinserção efetiva no tecido social.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. ***Homo Sacer***: O poder soberano e a vida nua I. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

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

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.54, n.1, p.34-46, 2005.

BAPTISTA, J et al. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira De Enfermagem**, *73*(2), e20180508. Disponível em: https://doi.org 10.1590/0034-7167-2018-0508

BARATTA, A. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal:** introdução à sociologia do direito penal. 6. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. Brasília, 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. 2. Ed. São Paulo: Zagodoni, 2013.

CAMPOS, R. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

DANTO, E. **As clínicas de Freud: Psicanálise e justiça social**. São Paulo: Perspectiva, 2020

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Paz e Terra, 2021.

FREUD, S. A moral sexual "cultural" e a doença nervosa moderna (1908). *In*: FREUD, S. **Cultura, Sociedade, Religião**. O Mal-estar na cultura e outros escritos. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020, p. 65-99.

FREUD, S. Luto e Melancolia (1917). In: FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

FREUD, S. Manuscrito K (As neuroses de defesa) (1896). In: FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

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

FREUD, S. O mal-estar na cultura (1930). *In*: FREUD, Sigmund. **Cultura, Sociedade, Religião**. O Mal-estar na cultura e outros escritos. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2020, p. 305-411.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre, Artmed; 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2003.

GUERRA, A. A paranoia como patologia do Outro. In: TEIXEIRA, A.; ROSA, M. (Org.). **Psicopatologia lacaniana**: volume 2: nosologia. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

GUERRA, A. A psicose. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

Knobloch, F.. (2015). Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicologia USP**, 26(2), 169–174. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140015

LACAN, J. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade:** seguido de Primeiros escritos sobre a paranoia (1932). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

LACAN, J. **O seminário, livro 3**: as psicoses (1955-1956). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2016.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEADER, D. **O que é loucura?**: Delírio e sanidade na vida cotidiana. 1. Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

MARCELINO, M. Hospital de Clínicas vai aumentar atendimento psiquiátrico: Obra vai melhorar o atendimento aos pacientes e seus familiares e ampliar o número de leitos. **Agência Pará,** 2020. Disponível em: https://agenciapara.com.br/noticia/21155/hospital-de-clinicas-vai-aumentar-atendimento-psiquiatrico. Acesso em: 01 maio 2024.

ROSA, M.. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento.** São Paulo: Escuta; Fapesp, 2016

SAFATLE, V. Arqueologias das sombras da razão. In: FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

SAFATLE, V. Paranoia como catástrofe social: sobre o problema da gênese de categorias clínicas. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 34, n. 2, p. 215-236, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101- 31732011000200012.

SCOTT, J. et al . O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php script=sci_arttext&pid=S1677-11682018000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 nov. 2024. https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615.

TOSQUELLES, F. **Uma política da loucura: e outros textos.** São Paulo: sobinfluencia edições / Ubu Editora, 2024.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, São Paulo. v. 31, n.3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VIDAL, F; ORTEGA, F. **Somos nosso cérebro?** Neurociências, subjetividade e cultura. São Paulo: N-1 Edições, 2019.