

A PSICOLOGIA COM FOCO NAS MÚLTIPLAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

**RUI MAIA DIAMANTINO
(ORGANIZADOR)**



A PSICOLOGIA COM FOCO NAS MÚLTIPLAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL

**RUI MAIA DIAMANTINO
(ORGANIZADOR)**



2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P974 A psicologia com foco nas múltiplas práticas em saúde mental [recurso eletrônico] / Organizador Rui Maia Diamantino. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF.

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-984-4

DOI 10.22533/at.ed.844201902

1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde mental. I. Diamantino, Rui Maia.

CDD 150

Elaborado por Maurício Amormino Júnior | CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Este volume tem em seu bojo as múltiplas faces da atuação da Psicologia e suas contribuições para as práticas de saúde mental.

Na contemporaneidade, os transtornos alimentares e dismórficos andam *paripassu* com os comportamentos em torno do culto ao corpo em dimensões que podem ser consideradas epidêmicas. Independente de gênero e faixa etária, tais transtornos requerem a devida atenção para uma significativa parte da população que está envolvida com processos de sofrimento mental relacionados aos citados transtornos.

O envelhecimento populacional também não pode ser descartado das cogitações em saúde mental devido a esse conhecido processo que tem dimensões mundiais. Estabelecer discussões sobre métodos e recursos para promover a qualidade de vida da faixa etária da terceira idade é uma proposta sempre positiva em uma publicação de temas psicológicos.

Em se considerando a questão da medicalização e seus efeitos (des) subjetivantes, permanecem indagações sobre as quais a Psicologia e a Medicina precisam ampliar o diálogo para que não se perca a dimensão da tradição humanística da primeira na compreensão do que se constitui o “ser” humano. Nesse sentido, a Fenomenologia, aqui, comparece para mostrar que o tratamento dos distúrbios mentais não pode relegar a segundo plano uma interpretação mais substantiva desse “ser”.

Em conjunto com a reflexão fenomenológica, no que tange ao contexto da Reforma Psiquiátrica, a discussão sobre a condição do louco custodiado na instituição psiquiátrica permanece atual. Sabe-se que essa reforma ainda está sob um pêndulo de indecisões nas políticas públicas de saúde no Brasil que não podem ser escamoteadas.

A contribuição da pesquisa quantitativa em torno da epilepsia em dois trabalhos aqui publicados aponta para a pesquisa neuropsicológica, a qual vem enriquecendo o conhecimento do funcionamento humano e seus distúrbios. Os métodos estatísticos presentes neste volume, afirmam a perspectiva objetiva que a Psicologia propõe no avanço dos estudos em saúde mental.

Finalmente, observe-se que a saúde mental das gestantes também é contemplada ao se discutir a importância do Pré-Natal Psicológico como forma de evitar problemas no puerpério e no pós-parto. Sabe-se que distúrbios importantes impactam durante a gestação e logo ao nascimento da criança por se tratar de um momento por demais significativo para a mulher. Prover uma discussão sobre os resultados de ações e programas de assistência à gestante é relevante para a Psicologia.

Com esse quadro amplo de contribuições da Psicologia sobre os diversos ângulos da saúde mental, desejamos ao leitor o máximo de aproveitamento dos textos aqui disponibilizados.

Rui Maia Diamantino

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESCUTA DO PSICÓTICO HOMICIDA NUMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: O SUJEITO DO ATO PREVALECE SOBRE O ATO DO SUJEITO	
Mariana Lisbôa Almeida Rui Maia Diamantino Cláudia Regina de Oliveira Vaz Torres	
DOI 10.22533/at.ed.8442019021	
CAPÍTULO 2	15
A SUBJETIVAÇÃO E A MEDICALIZAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO SOCIOEDUCATIVO	
Daniela Aparecida Araujo Fernandes Roberta Carvalho Romagnoli	
DOI 10.22533/at.ed.8442019022	
CAPÍTULO 3	25
ATIVAMENTE - PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO TRABALHO COM IDOSOS EM SAÚDE MENTAL	
Michelle dos Santos Campos Raissa Bonfim Silveira André Gordilho Joaquim de Carvalho Nadja Pinho dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.8442019023	
CAPÍTULO 4	34
CARACTERIZAÇÃO DE AMOSTRA E PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTES COM EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE	
Larissa dos Santos Aleixo Samira Maria Fiorotto Karina Kelly Borges	
DOI 10.22533/at.ed.8442019024	
CAPÍTULO 5	45
<i>ESPELHO, ESPELHO MEU...</i> A INFLUÊNCIA DAS MÍDIAS SOCIAIS NO DESENCADEAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E DISMÓRFICOS	
Dalvina Siqueira Costa Raissa Rabelo Marques Rebouças	
DOI 10.22533/at.ed.8442019025	
CAPÍTULO 6	54
FENOMENOLOGIA E SAÚDE MENTAL: UM APELO AO RESGATE DA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO	
André Pimenta de Melo Bruno Bauer Saracino Bruno Ferrari Emerich Ellen Cristina Ricci Rosana Onocko-Campos	
DOI 10.22533/at.ed.8442019026	

CAPÍTULO 7	71
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NO CURSO DE PSICOLOGIA EM UM PROJETO INSTITUCIONAL DE INCLUSÃO DA PESSOA IDOSA	
Denise Soares Melo	
Juliana Maria Santos Parente Almeida de Carvalho	
Kalina Galvão Cavalcante de Araújo	
Raffaella Mercedes da Silva Sousa	
Úrsula Emanuela Araújo Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.8442019027	
CAPÍTULO 8	78
SAÚDE MENTAL DA GESTANTE: PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO E SUAS FUNCIONALIDADES	
Perolaine Paz Tenório Cavalcanti	
Rayanne Gabriela Alves Rosa Silva de Arruda	
Kelvyn José Gomes Paulino	
DOI 10.22533/at.ed.8442019028	
CAPÍTULO 9	83
TESTE DOS CINCO DÍGITOS E TESTE DE TRILHAS NA AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES EXECUTIVAS DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	
Larissa dos Santos Aleixo	
Samira Maria Fiorotto	
Karoline Pereira dos Reis	
Marina Cury Tonoli	
Andressa Aparecida Garces Gamarra Salem	
Karina Kelly Borges	
DOI 10.22533/at.ed.8442019029	
SOBRE O ORGANIZADOR	92
ÍNDICE REMISSIVO	93

FENOMENOLOGIA E SAÚDE MENTAL: UM APELO AO RESGATE DA EXPERIÊNCIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Data de aceite: 14/02/2020

André Pimenta de Melo

Graduação em Psicologia/PUC-SP. especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. Mestrando pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp.
pimentademelo@hotmail.com

Bruno Bauer Saracino

Graduação em Psicologia/PUC-SP. especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.
bauerbbs@gmail.com

Bruno Ferrari Emerich

Graduação em Psicologia/UNESP-Assis. Mestre e Doutor pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp. Supervisora do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/ UNICAMP. Profissional de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão - PAEP (UNICAMP).
brunofemerich@gmail.com

Ellen Cristina Ricci

Terapeuta Ocupacional/ USP. Mestra e Doutora pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp. Supervisora do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental/ UNICAMP.
ellenricci@gmail.com

Rosana Onocko-Campos

Graduação em Psicologia/PUC-SP. especialista em Saúde Mental e Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. Mestrando pela Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Saúde Coletiva - Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão/ Unicamp
Graduação em Ciências Médicas pela Universidade Nacional de Rosário. Mestra e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas e livre-docência pela Universidade Estadual de Campinas.
rosanaoc@mpc.com.br

O presente trabalho busca realizar uma reflexão crítica construída a partir de relatos de experiências dos sujeitos em sofrimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Desta forma, busca-se a relação entre as práticas clínicas hegemônicas e as experiências relatadas dos sujeitos. O mote teórico que fundamenta este trabalho é a compreensão sobre o pensamento fenomenológico e seu grande potencial para a construção da atenção psicossocial. Tal compreensão não é desvinculada da história do campo, já que a fenomenologia exerceu um importante papel na construção da Saúde Mental, no que diz respeito a psicopatologia,

bem como dentro dos movimentos da Reforma Psiquiátrica (SCHNEIDER, 2009; PUCHIVAILO, et al., 2013). Ao reconhecer essa influência histórica, este estudo busca resgatar algumas reflexões, embasadas em pensadores desta tradição que se adentraram no campo da Saúde Mental.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com o advento da psiquiatria moderna e o nascimento do Asylum, a experiência existencial da loucura deixou de ser vista a partir dos referenciais culturais e estéticos, ligados as dimensões trágicas e místicas da vida, e começou a ser analisada e observada por referenciais científicos, que a codificaram como Doença Mental. Nesse processo, a loucura se tornou um objeto de pensamento e intervenção científica trabalhada de maneira semelhante a outros adoecimentos (FOUCAULT, 1975). No fim do século XIX e começo do XX, com a hegemonia do positivismo, a doença mental passou a ser pensada como qualquer outra doença, com seus sinais e sintomas, caindo em categorias nosógrafas que comporiam quadros. Por meio dessa analogia, a loucura começou a ser pensada como qualquer outra doença física, determinada de modo organicista, com uma suposta base hereditária, compreendida de modo individual (SCHNEIDER, 2009).

A medicina, especialmente na psiquiatria, como em outros ramos do conhecimento, influenciados pelo pensamento científico positivista, compreendia que para melhor conhecer o seu objeto deveria controlar suas variáveis ambientais de forma que pudesse ter acesso imparcial e puro sobre o que se pretendia conhecer (AMARANTE, 2013). Nesse sentido, o objeto de estudo deveria ser retirado de seu ambiente natural para que fosse possível estudá-lo melhor em si mesmo. O conhecer, nessa tradição, significa retirar o objeto de seu campo de manifestação, decompô-lo as suas menores partículas e estudá-las a exaustão, a fim de extrair suas regras e leis gerais de comportamento que permitiriam a previsão e controle do fenômeno (DILTHEY, 2011). Neste caso específico, isso significaria retirar sujeito do seu meio social com o intuito de estudá-lo, e assim melhor e curá-lo. Tal recomendação, por exemplo, era feita por Philippe Pinel aos familiares de seus pacientes. Com isso o Manicômio se torna o local primordial, se não o único, de tratamento dos doentes mentais (AMARANTE, 2013).

Nesse paradigma, a doença mental seria eleita como objeto de estudo e intervenção compreendida como algo que acometia o sujeito, e não uma experiência ou modo de ser do mesmo. Ainda, nesse processo, não caberia um olhar para o sujeito como uma totalidade na qual o adoecimento seria uma parcela de seu existir; mas sim, essa parte, ao contrário, se tornava o todo, ocultando outros olhares e modos de ser. Silenciado e ignorado em sua experiência, o sujeito em sofrimento

psíquico era tomado como um objeto natural em um processo que desconsiderava sua singularidade (AMARANTE, 2013).

Ao longo da segunda metade do século XX surgiram, por toda a Europa e EUA, movimentos de contestação sobre o modelo vigente de assistência aos doentes mentais que orientava, com seus paradigmas, o trabalho nesses equipamentos, bem como os recursos jurídicos e legais, afinal, eles permeavam a questão e o lugar social da loucura.

Há, a partir desse movimento, uma transição do paradigma da doença mental para o paradigma da saúde mental. Isso não se deu de modo instantâneo e automático, mas sim foi fruto de processos de construções e de reflexões conjuntas. De modo simplificado, o objeto de trabalho deixa de ser a doença mental e passa a ser o sujeito em sofrimento psíquico. Desta forma, a assistência deixa de ser restrita aos Manicômios e passa a ser voltar a uma rede de serviços, de base comunitária, que na realidade brasileira se articulam a partir dos CAPS, constituindo, mais futuramente, a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2013).

Nesse processo, de questionamentos e mudanças de paradigmas, o pensamento fenomenológico exerceu uma importante influência sobre os processos de reforma psiquiátrica inglesa e italiana. Tanto os ingleses David Cooper e Ronald Laing quanto os italianos Franco Basaglia e Franco Rotelli foram influenciados por noções da fenomenologia, seja de Husserl, Sartre ou Heidegger. Talvez, em nenhum outro conceito, isso fique tão evidente quanto na ideia de Basaglia ao colocar a doença entre parênteses, que faz um paralelo com a ideia husserliana sobre a suspensão fenomenológica da atitude natural (SCHNEIDER, 2009; PUCHIVAILO et al., 2013). Amarante (2013) refere que:

A ideia da doença entre parênteses pode ser entendida como uma atitude epistêmica, isto é, uma atitude de produção de conhecimento, que significa a suspensão de um determinado conceito e implica na possibilidade de novos contatos empíricos com o fenômeno em questão, que no caso, é a experiência vivida pelos sujeitos. Desta forma, a doença entre parênteses não significa uma negação da existência da ‘doença’, entre outras palavras, não significa a recusa em aceitar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar; não é a negação da experiência que a psiquiatria convencionou denominar doença mental. A estratégia de colocar a doença entre parênteses é, a um só tempo, uma ruptura com o modelo teórico-conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetivar e reificar o sujeito e a experiência humana (pag. 67).

É por meio do paradigma da saúde mental que surge o modelo de atenção psicossocial. Se no modelo antigo, focado na doença, o trabalho visava fundamentalmente o combate sintomático, no modelo novo, o trabalho busca a construção de novos projetos de vida e de existência, do sujeito em sofrimento psíquico, por meio da transformação de suas relações sociais, comunitárias e familiares, frisando o seu protagonismo (CRP, 2013^a). Isso significa compreender

os sujeitos em seu mundo de relações sociais tornando-os o foco do trabalho. Este entendimento só é possível quando utilizamos de equipamentos com base territorial e comunitária, próximos aos locais de vida das populações, e assim, ampliando a clínica em sua compreensão dos fenômenos e em seu repertório de intervenções (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Trabalhar adequadamente nessa perspectiva significa superar a concepção de ciência que embasava o modelo de doença mental, declaradamente adepto das ciências naturais (AMARANTE, 2013). Desde o final do século XIX, autores como Dilthey e Husserl apontaram para o erro e a limitação da mera transposição dessa metodologia para a análise dos fenômenos humanos (DASTUR; CABESTAN, 2015). Se, no primeiro, as ciências naturais rompiam com o nexos da vida que fundamentalmente caracterizava todo o fenômeno humano, no segundo, elas eram cegas a seus fundamentos e partiam de pressupostos não comprováveis. Indo além, ambos os autores criticam o entendimento vigente de sua época em relação à subjetividade humana, e coloca em questionamento a compreensão de homem hegemônica (BRAGA, 2014).

Essa compreensão de homem era calcada nas filosofias da subjetividade que, em diferentes graus e formas, entendiam “o psiquismo como sustância essencial, atemporal, dicotomizada do mundo, desenvolvendo de diferentes formas uma espécie de egologia” (FEIJOO, 2011, pag.19). Essa compreensão inevitavelmente produziria uma reificação e essencialização da consciência e da subjetividade que Husserl procurou romper. Para isso, ele propôs compreendermos a consciência enquanto consciência intencional, que seria caracterizada por um vazio e se constituiria sempre em movimento, sempre em direção a um objeto intencional. Nesse sentido, toda a consciência é consciência de algo, de um objeto correlato. Decorre disso a impossibilidade de se pensar a consciência, de maneira cartesiana, como fechada em si mesma, como algo dotado de uma essencial própria, descolada do mundo (FEIJOO, 2011).

O filósofo alemão Martin Heidegger leva esse raciocínio a diante e o radicaliza (CASANOVA, 2009). Dentro da totalidade de sua obra, se encontra o projeto da fenomenologia-hermenêutica que repensa os fundamentos do homem, cunhando o termo Dasein, ou “ser-o-ai”. Por Dasein se entende o ente que não possui nenhuma essência previamente estabelecida, radicalizando a concepção de intencionalidade, cujo ser se dá no ai, sempre numa abertura, sempre num poder-ser (HEIDEGGER, 1995). Dasein se caracteriza por essa abertura que é sempre em determinado mundo, sempre ser-no-mundo. Sem a menor pretensão de dar conta da complexidade e profundidade que esse conceito implica, é possível dizer, de maneira sintética, que o termo Dasein significa uma ruptura com toda e qualquer noção dualista de sujeito e objeto, indivíduo e sociedade, corpo e mente, razão e emoção (FEIJOO, 2011).

Não à toa, a obra de Heidegger e a ideia de Dasein influenciaram muitos teóricos da saúde mental e da psicopatologia, tais como Medard Boss, Arthur Tattossian (TATOSSIAN; MOREIRA, 2012) e o já citado, Franco Basaglia (MANGARO, 2006).

Durante nossa prática como psicólogos nos CAPS, nós percebemos carentes por outras abordagens e formas de pensar, diferentes daquelas comumente observadas em nosso cotidiano e exercidas, de maneira quase hegemônica, pelas equipes dos equipamentos de saúde. Caracterizamos as formas de pensar e abordagens hegemonicamente observadas como aquelas debitárias do pensar positivista e cartesiano, como os diagnósticos puramente criteriológicos, que relegam a experiência do vivido ao campo do “meramente subjetivo”, cindindo mente e corpo, pessoa e seu mundo e, frequentemente, afastando também a vida cotidiana do tratamento (BRAGA, 2014). Ou seja, uma forma de conhecimento que se submete à estrutura epistemológica das Ciências Naturais, tentando estender tal estrutura aos fenômenos humanos. Os desdobramentos de tal submissão não são sem consequência, como bem discute a tradição fenomenológica.

Citamos ainda as teorias psicológicas, especialmente a Psicanálise. Não fazemos aqui nenhuma objeção às inestimáveis contribuições da Psicanálise para a psicopatologia, psiquiatria, psicoterapia e ao campo da Saúde Mental como um todo. Contudo, algumas leituras de autores da tradição psicanalista encerram e aprisionam o sujeito e sua experiência em estruturas ou sistemas inertes, herméticas e estáticas. Leituras menos cuidadosas das obras de psicanálise não raramente resultam em “chavões” e clichês que poderíamos dispensar, sem maiores hesitações, caso estejamos comprometidos com uma compreensão clínica rigorosa e honesta com a experiência vivida.

Ávidos, portanto, de outras abordagens que não as hegemonicamente observadas em nossa experiência nos equipamentos de saúde, encontramos, mais uma vez, alento e refúgio na tradição fenomenológica.

Em oposição ao diagnóstico que exclui a existência - o diagnóstico meramente topográfico, semiológico e comportamental, supostamente “ateórico” - faz-se necessário, para que possamos construir o cuidado junto ao usuário/paciente, formas de pensar que nos aproximem de sua vivência e iluminem o mundo em que habitam (SCHNEIDER, 2009). Se nos pautamos, exclusivamente, pelos diagnósticos e formas de pensar da psiquiatria de tradição positiva e biomédica, os usuários dos equipamentos de Atenção Psicossocial pouco têm a ganhar. Fazemos a ressalva aqui da necessidade de um diagnóstico bem fundamentado, especialmente para o profissional que irá prescrever as medicações psicotrópicas. Para além desse fato, não nos é suficiente observar, descrever e catalogar a “fenomenologia” dos sintomas dos usuários/pacientes. Tal palavra, a ouvimos corriqueiramente em nossa experiência. A fenomenologia relegada àquilo que se pode observar, àquilo

que salta aos olhos. Um uso bastante restrito do termo que o reduz ao descritível, em um primeiro olhar.

Não é, contudo, o que compreendemos por “fenomenologia”. Em sua origem grega a palavra de fato pode, em uma leitura desatenta e pouco hermenêutica, nos remeter a tal definição. Mas àqueles mais familiarizados com o pensamento da tradição fenomenológica, em sua interface com a psiquiatria, psicopatologia e saúde mental, essa definição soa insuficiente e mesmo desonesta com a potencialidade do pensar fenomenológico nesses campos.

Orientados pela atitude fenomenológica propomo-nos a ver e ater-nos *àquilo que se mostra*, contudo, nosso esforço é que tal fenômeno se mostre e que o acessemos a partir daquele que o vivência. Especificamente, em nosso caso, buscamos acessar os fenômenos a partir da pessoa que os vivência, de maneira própria e singular (TATOSSIAN; MOREIRA, 2012).

CONTRIBUIÇÕES DA FENOMENOLOGIA PARA A PSICOPATOLOGIA

É Karl Jaspers (1883 – 1969) quem inaugura a empreitada de aproximação da fenomenologia do campo da psicopatologia. O psiquiatra se utiliza do método fenomenológico descritivo, entre outros, para se aproximar e descrever as vivências psíquicas dos pacientes psiquiátricos (DASTUR; CABESTAN, 2015). Nesse sentido, o autor aproxima-se da noção fenomenológica husserliana da “*volta às coisas mesmas*”, traduzido, na sua *Psicopatologia Descritiva* pela abordagem do fenômeno a partir da maneira pela qual ele se manifesta à consciência do paciente (FEIJOO, 2016).

A partir daí a atitude fenomenológica frente aos fenômenos ditos psicopatológicos iria desenvolver-se em uma sólida tradição que se desdobraria, felizmente, até os dias de hoje (FEIJOO, 2016).

Na obra de Eugène Minkowski (1885 – 1972), muitas vezes nomeado como o pai da psicopatologia fenomenológica francesa, encontramos uma atitude fenomenológica mais consistente, embora o autor trabalhe também com autores de outras tradições como Henri Bergson (DASTUR; CABESTAN, 2015). O autor, em seus estudos psicopatológicos, faz duras críticas à Psiquiatria por fazer uma mera transposição do método natural em sua investigação dos fenômenos psicopatológicos. Minkowski nega tal concepção, e mesmo as noções de síndromes, entendidas pelo autor como associação e justaposição de sintomas. Para o autor, sintomas entendidos como entidades nosológicas por si mesmas pouco tem a dizer sobre a pessoa que os vivência e a forma como essa pessoa relaciona-se com o mundo e com as dimensões existenciais fundamentais, como a temporalidade. Há de se buscar “um pano de fundo”, uma determinada afinação que se manifesta

nas mais humanas das características: temporalidade, espacialidade, afetividade (FEIJOO, 2016).

A atitude fenomenológica de Minkowski, sem preconceitos, teorias e conceitos prévios, favorece que a experiência do vivido pelo paciente possa despontar, a partir deste mesmo que a vivência. Dessa forma, embora os referenciais e reflexões do autor não fossem puramente fenomenológicos, sua atitude e recusa de sistemas abstratos os eram (DASTUR; CABESTAN, 2015). Seu exercício, portanto, era de iluminando, a partir dessa abertura descritiva, o mundo no qual o paciente habita, compreender sua relação com os outros e com o médico ou terapeuta (FEIJOO, 2016).

Jaspers e Minkowski tiveram o importante mérito de estabelecer um frutífero campo de diálogo e interlocução entre a filosofia e a psicopatologia. Contudo, Ludwig Binswanger (1881- 1966) foi quem pela primeira vez procurou construir uma psicopatologia de bases fenomenológicas de modo mais sólido, a partir de suas leituras de Husserl e Heidegger. Sua obra é ampla, envolvendo múltiplas fases na qual a influência das concepções de homem e de mundo de Husserl e Heidegger se intercala. É Binswanger, quem pela primeira vez, sugere o uso do termo Daseinsanalyse como uma disciplina voltada a compreensão do sofrimento psíquico, inaugurando-a como uma escola e vertente dentro do campo da psicopatologia (DASTUR; CABESTAN, 2015; FEIJOO, 2016).

Importante interlocutor de Freud, Binswanger elaborou sua Daseinsanalyse enquanto um método de pesquisa psicopatológico e não, necessariamente, como uma prática psicoterapêutica. O autor muda seu foco de uma compreensão das experiências ditas patológicas, indo em direção a uma análise dessas experiências enquanto projetos de mundo, compreendendo-as à luz de sua leitura da obra de Heidegger (CARDINALLI, 2012). Em outras palavras, sua daseinsanalyse se constitui enquanto uma investigação de projetos de mundo, considerando a existência em sua totalidade, isso é, a partir de suas condições fundamentais de mundo, temporalidade e espacialidade. Embora Heidegger (2009) tenha sido bastante crítico sobre as leituras que Binswanger realizou de sua obra, é inegável o valor que as reflexões do psiquiatra exerceram sobre o campo da psicopatologia (TATOSSIAN, MOREIRA, 2012; FEIJOO, 2016).

Em parceria com Heidegger, e dando de certo modo continuidade ou discutindo o trabalho de Binswanger, MerdardBoss (1903-1991) elabora a daseinsanalyse como prática clínica psicoterápica e como um exercício de compreensão sobre os diversos modos do adoecimento humano (DASTUR; CABESTAN, 2015). Boss ajudou a organizar os famosos Seminários de Zollikon, em que Heidegger realizava palestras e discussões para Boss, seus colegas e alunos de medicina abordando as temáticas ligadas ao existir humano e saúde mental, debatendo as modalidades

de existência sadias e patológicas (HEIDEGGER, 2009).

Diferentemente de outros psiquiatras da tradição fenomenológica, Boss não se preocupou tanto em estabelecer categorias diagnósticas e pensar uma psicopatologia em seu detalhamento. Seu pensamento se voltou mais para a prática da psicoterapia e nos modos de fundá-la a partir da compreensão da existência enquanto Dasein, ou seja, entendendo o existir humano como fundamentalmente marcado pelas dimensões de ser-no-mundo, ser-com-os-outros, ser-para-morte, corporeidade, temporalidade, compreensão e poder-ser, entre outras (CARDINALLI, 2012; DASTUR; CABESTAN, 2015). Dessa forma, a compreensão da existência humana enquanto Dasein deve reconhecer duas condições fundamentais: que Dasein é o único marcado pelo entendimento de sua própria finitude, e que dessa condição despontam dois sentimentos fundamentais (angústia e culpa); e que Dasein é livre na medida em que nada previamente o define, sendo seu ser, dessa forma, sempre em jogo e que sempre precisa ser cuidado (SODELLI; TEODORO-SODELLI, 2011).

A partir dessas compreensões, Boss entende a prática psicoterápica enquanto um exercício do desvelamento da experiência do usuário/paciente tal como vivida e compreendida por ele, buscando um entendimento de sua compreensão de mundo, dando um enfoque maior em como esse modo de ser se desenvolve ao invés de buscar uma causa ou um porquê (CARDINALLI, 2012). Dentro dessa perspectiva, o como o paciente se relaciona consigo mesmo, com os outros e com o mundo são as chaves para o desenvolvimento da prática clínica (POMPEIA; SAPEINZA, 2011). Na daseinsanálise de Boss as patologias existenciais são modos de ser restritos, que implicam numa privação da pessoa de se relacionar de maneira mais livre com seu existir (CARDINALLI, 2012). Feijoo (2011) refere que nessa perspectiva “os transtornos existenciais, na visão heideggeriana, são comportamentos que promovem um estreitamento do horizonte existencial de modo que acaba por enfraquecer e encurtar todas as possibilidades existências” (p.151).

Boss elabora, seguindo essa noção, que existiria uma gênese motivacional em todas as patologias. Cardinalli (2012) coloca que “ a daseinsanálise pode ser pensada como uma análise das restrições, cujo foco é o que continua a motivar a permanência dos modos restritos do se comportar e não o que determina as restrições” (p.74). Nesse sentido, se busca esclarecer e desocultar o que motiva esses comportamentos e o sentido que sustenta esse modo de ser restrito.

Junto à noção de gênese motivacional, Boss também elabora a ideia de incidentes biográficos patogênicos. Por meio dessa noção se busca apreender os acontecimentos na vida de uma pessoa que a motivaram a estabelecer determinados modos de ser restritivos e que os mantêm em sua situação atual. Isso não deve ser pensado de maneira causal, mas sim, por intermédio dos eventos,

que de um determinado modo, ainda se fazem presentes na atualidade do paciente motivando sua restrição (CARDINALLI, 2016). Nesse sentido, a prática terapêutica da daseinsanálise busca auxiliar o paciente a resgatar sua liberdade, inaugurando novos modos de viver e relacionar-se com os entes que se mostram em sua existência tal como coloca Evangelista (2016): “como é possível relacionar-me com este paciente a fim de que esta experiência inaugure novos modos de existir?” (p.68). Os terapeutas (POMPEIA; SAPEINZA, 2011) colocam que:

Enfim, junto ao paciente, é mais importante deter-se no “como” ele está sentido, no “como” está vivendo o que acontece com ele do que na preocupação em detectar o “que é” isso que acontece. É importante favorecer que ele possa se aproximar de seu modo de ser em sua vida cotidiana, dos sentimentos que aí estão presentes; possa ampliar sua compreensão de como tem sido seu modo de cuidar de sua existência, isto é, de seus projetos de vida, de suas relações com os outros e com as coisas em geral. Esse olhar de perto seu existir pode ser a oportunidade para que ele se dê conta de como seu jeito de ser, suas atitudes, o que ele faz e o que deixa de fazer repercutem no mundo; e também para que veja que nem tudo depende dele (p.136).

Trata-se, portanto, de tematizar a existência. De modo muito próximo dessas reflexões, o psiquiatra Arthur Tatossian (1929 – 1995) propõe com a clínica do *Lebenswelt*, a qual prioriza o significado da experiência do vivido. O *Lebenswelt* enquanto o mundo vivido, pré-reflexivo, intersubjetivo, de contornos mutantes e ambíguos é nossa experiência existencial mais imediata, em que o corpo e suas sensações têm um lugar de destaque. Esse elemento tardio da obra de Husserl, que tem um lugar importante na obra fenomenológica de Merleau Ponty, ocupa um lugar central na obra de Tatossian permitindo uma aproximação da dimensão sensível da existência, do que é percebível e do que não é, construindo uma psicopatologia interessada nos modos de viver e no fenômeno vivido, não nos e pelos sintomas. Em nossa experiência nos serviços de saúde sentimo-nos convocados a explorar e oferecer uma autêntica escuta ao paciente e de onde ele fala: seu mundo, em sua facticidade, cotidianidade e familiaridade singulares. Mundo este que, também, é o nosso, perpassado intersubjetivamente pela historicidade (TATOSSIAN; MOREIRA, 2012).

Uma clínica verdadeiramente ampliada, portanto, não se interessa unicamente pelo manejo de sintomas, pela gestão de “riscos”, pelas formas de funcionamento psíquico. Deveria interessar-se pelas maneiras de viver, pelos diferentes fluxos de existência, que são as mais diversas formas de existir dos pacientes que nos convocam a compartilhar suas experiências.

FRANCO BASAGLIA E A FENOMENOLOGIA

Dos autores citados até então, nenhum foi tão fundamental para a construção

da atenção psicossocial quanto Basaglia. O movimento italiano, do qual ele fez parte, foi um dos pilares para a construção da reforma psiquiátrica brasileira e o atual modelo de atenção. De maneira inovadora e criativa, Basaglia conseguiu transpor as ideias fenomenológicas para a ação social e transformação da sociedade. Embora não seja possível afirmar que essa tradição seja a única a compor seu trabalho, é inegável que a fenomenologia se faz presente em muitas de suas ideias e construções, sendo um dos alicerces de suas reflexões (AMARANTE, 2013; PUCHIVAILO et al., 2013).

A famosa ideia de Basaglia de colocar a doença entre parênteses talvez seja um dos exemplos práticos mais famosos para a aplicação da ideia husserlianas de atitude antinatural. De modo resumido, Husserl defendia que para acessar os fenômenos de maneira adequada, para além de hipóteses não passíveis de comprovação, seria necessário deixar uma atitude natural de trato com os mesmos, a qual estamos cotidianamente imersos. Nesse sentido, é preciso acessar o campo de manifestação do fenômeno de maneira antinatural, suspendendo nossas concepções prévias, teorias e entendimentos sobre o fenômeno, percebendo o que se mostra, sem hipostasias (AMARANTE, 2013; PUCHIVAILO et al., 2013).

Basaglia percebeu que as teorias de seu tempo encobriam o sujeito, criando um duplo institucional, preenchido de concepções ideológicas e culturais. Esse fenômeno implicaria num acobertamento da singularidade do sujeito e de seu sofrimento, que cairiam em categorias gerais classificatórias ou preconceitos institucionais que moldariam seu percurso dentro da instituição e fora, lhe dando um lugar social determinado. Colocando a doença entre parênteses, Basaglia encontra um modo de superar os efeitos do duplo, produzido dentro das instituições. Desta forma, é possível perceber que a fenomenologia não se trata de uma mera teoria ou estilo de pensar, mas de um modo de se aproximar dos fenômenos, num gesto existencial (AMARANTE, 2013).

RELATOS DE CASOS E EXPERIÊNCIAS

Até o momento, em nossa discussão, buscamos elucidar as práticas que encontramos cotidianamente em nossa experiência nos Centros de Atenção Psicossocial, explicitando as bases epistemológicas que sustenta tais abordagens. Apresentamos também, brevemente, a tradição fenomenológica em suas bases filosóficas e sua interface com o campo da psiquiatria e da saúde mental. De acordo com a proposta dessa reflexão, nos cabe, agora, explicitar de que maneira uma ética e escuta clínica, imbuídas na tradição fenomenológica, pode desvelar outras formas de relação com os pacientes e pode propiciar, também, outras formas do

próprio paciente relacionar-se com os fenômenos que vivencia em sua experiência.

Para tal empreitada, escolhemos descrever algumas passagens ou “vinhetas” de casos clínicos que acompanhamos no decorrer de nossa formação como residentes de saúde mental. Os critérios para a escolha de tais descrições basearam-se nos seguintes aspectos: apropriação do caso em questão; longitudinalidade (ou continuidade) do cuidado, vínculo com usuário/paciente e, por fim, o despontar de elementos, a partir da escuta, que nos convocaram, sobremaneira, para um pensar fenomenológico.

AUGUSTO

Augusto frequentava um CAPS Ad há alguns meses, todavia ninguém da equipe sabia ao certo porque ele estava lá. Tinha importantes lesões pelo corpo e uma grave deficiência de origem desconhecida. Estava em situação de rua e sempre passava os dias nas proximidades do serviço, bebendo com seus companheiros, fazendo palavras cruzadas ou lendo livros. A equipe tinha dificuldade de lidar com o usuário, afirmando que buscava o serviço atrás de ganhos secundários: “está buscando um benefício financeiro” ou “vem aqui apenas para comer e tomar café”. Também, diziam que ele era insuportável, agressivo e muito arrogante, tinha um discurso pouco claro e estava constantemente intoxicado pelo uso de bebidas alcoólicas.

Na rua, ele e outros usuários organizavam-se para conseguir dinheiro, comida e bebidas, no que chamavam de “manguiar”. Por vezes, a negociação dessas transições resultava em conflitos e brigas, que não raras vezes, chegavam a vias de agressões físicas nas proximidades do serviço. Não demorou para que, em função disso, os olhares para Augusto mudassem e nossos adjetivos começassem a classificá-lo como delinquente, perverso e até mesmo de psicopata. Oscilando entre um trabalho investigativo policiaisco de saber quem possuía a verdade ou quem era o culpado, o equipamento de saúde se desvirtuava de sua função primordial de cuidado e de garantia do direito à saúde.

Em compreensões apressadas, as agressões eram retiradas de seu contexto de manifestação e entendida como algo inerente a essência de determinado usuário. Nesse processo, surgiam categorias diagnósticas de diversas ordens, algumas populares e outras flertando com as nomenclaturas oficiais. Isso constituiu a elaboração de duplo institucional (AMARANTE, 2013) que ocultava Augusto. Dessa forma, nas incontáveis reuniões de equipe em que se levantavam dúvidas sobre essas leituras, qualquer hipótese era silenciada com a resposta “ele é claramente um delinquente e possui uma estrutura perversa”. Tal atitude se ancorava em um

saber fechado que se distanciava do fenômeno e não permitia uma aproximação com Augusto.

Coletando alguns fragmentos de sua história, em encontros na ambiência do equipamento, foi possível aos poucos aproximar-se de Augusto e do que lhe acontecia. Isso não ocorreu de modo linear e demandou um trabalho paciente de espera. Em meio a essa aproximação, o usuário pôde trazer um pouco de sua história, de tentativas anteriores de suicídio, conflitos familiares e perdas significativas de sua vida. Ramificava muito entre os assuntos, em um discurso pouco próximo de si, contando de experiências afetivas muito ambíguas em relações aos outros, por vezes, indo de um extremo amor ao ódio. Buscando adotar uma atitude antinatural suspendi qualquer desejo de averiguar se seus relatos eram verdadeiros ou não, buscava ver o que se mostrava a partir do campo de manifestação do fenômeno. Isso significava aproximar-me de Augusto em seu modo de viver, sem que isso implicasse em enclausurar sua existência, compreendendo como ser-no-mundo, colocando, dessa forma, a doença entre parênteses. Mundo esse da rua, sem contornos claros, de uma temporalidade intempestiva e caótica, em que a fragilidade do existir estava sempre posta. Conjuntamente, também, apareciam modos autoritários e rígidos de lidar com os outros e consigo, no qual Augusto trazia uma dificuldade de se responsabilizar por sua existência. Tentar trazer essa compreensão do fenômeno para parte da instituição não era fácil. As respostas variavam entre “ele está te falando isso apenas para te seduzir”; “ele está te manipulando”; “não dá para acreditar em nada que ele fala”; “esse perfil de paciente sempre conta várias histórias para conseguir outras coisas”. Tal atitude, contudo, não era onipresente entre os profissionais da equipe e aos poucos outras perspectivas mais abertas foram ganhando espaço.

Em aproximação com esses profissionais foi possível elaborar uma outra entrada para Augusto no serviço. Adotando uma postura fenomenológica de paciência e espera, podendo acolher o que se mostra tal como se mostra, sem pretender cura ou remover sintomas, sem estabelecer diagnósticos ou buscá-los. Pude aos poucos estabelecer uma relação na qual Augusto pode se mostrar de outro modo. Nessa aproximação e construção de vínculo, aos poucos, os aspectos de sua existência como uma desesperança fatalista em relação ao futuro pode se mostrar, acompanhada de raiva e de um desejo de aliviar isso com o uso intenso de álcool.

Aos poucos um projeto terapêutico pode ser elaborado a partir dessa compreensão de sua existência e de seus dilemas, formalizando um espaço de psicoterapia, de atendimento médico psiquiátrico e de fortalecimento de outros vínculos, como com seus familiares. Isso não significou que os conflitos cessaram ou os desafios em relação ao acompanhamento desse caso desapareceram. Contudo,

via uma atitude fenomenológica, uma outra compreensão sobre Augusto pode ser, aos poucos, tecida.

JAIME

Jaime, trinta e sete anos, frequenta o CAPS III Adulto há aproximadamente quatro anos. Teve a primeira crise, bastante grave, há aproximadamente doze anos, quando sua mulher o deixou, levando seu filho. Jaime trabalhava, morava em uma boa casa com sua mãe e levava uma vida que ele mesmo julgava satisfatória e organizada. Após essa ruptura, passou a morar na rua, convivendo com alucinações visuais e auditivas que restringiam acentuadamente suas possibilidades e vida cotidiana. Durante esse período nas ruas quase não se alimentava, pois tinha medo da comida estar envenenada. Também não cortava os cabelos, barba ou unha, pois dizia sentir-se “muito vulnerável de costas com alguém com uma tesoura”.

No ano de 2012, Jaime foi submetido a uma internação compulsória devido a sua circulação de rua, somada a sua evidente vulnerabilidade psicossocial. Após a internação, Jaime foi inserido no CAPS III Adulto onde seguiu seu acompanhamento.

Passo a ser responsável pela estratégia de cuidado de Jaime a partir do mês de maio deste ano. Nos CAPS e nos serviços que operam sob o paradigma da Saúde Coletiva, chamamos de *profissional de referência* àquele que, junto ao usuário, deve formular e garantir um *Projeto Terapêutico Singular* (CRP, 2013^b).

Atualmente, Jaime apresenta-se muito mais livre em suas possibilidades, comparado-se com o período de acentuada restrição que vivenciou antes de sua inserção em um serviço de saúde mental. Tem uma casa, que divide com uma companheira, trabalha como coletor de materiais recicláveis, recebe um benefício (Benefício de Prestação Continuada, no valor de um salário mínimo) e encontra no CAPS, e na equipe do serviço, uma importante ancoragem para sua vida. Participa de forma voluntária e assídua do tratamento e dos combinados, comparecendo ao CAPS ao menos duas vezes por semana para atendimento, participar de atividades ofertadas e retirada de medicações. Apesar da medicação e da referida adesão à estratégia de cuidado, Jaime ainda convive, frequentemente, com alucinações visuais e auditivas. Tais fenômenos, quando ocorrem, o inviabilizam para qualquer outra atividade. Jaime, nesses momentos, mostra-se bastante atordoado e assustado, e sempre busca o CAPS ou algum profissional quando vivencia suas alucinações. O paciente também faz uso de Substâncias Psicoativas. O uso não é, geralmente, abusivo. Contudo, algumas vezes, faz uso de maneira mais compulsiva e invariavelmente vai ao CAPS no dia seguinte relatar tais acontecimentos, pedir atendimento ou permanência-dia no serviço.

O caso de Jaime era comentado na forma de “rótulos” e “advertências”, interpretações prévias e já bastante cristalizadas, que me impediam de sequer vislumbrar o sujeito e as vivências a partir das quais quaisquer dessas leituras fossem possíveis. Enunciados ociosos, como fórmulas que exilavam qualquer contato com a experiência vivida e com quem a vivenciava.

Esses excertos nada diziam sobre Jaime: seu mundo, por onde circulava, como era seu cotidiano, quais atividades fazia ou se interessava, com quem se relacionava, etc. Além disso, tais fragmentos evidenciam uma concepção do cuidado centrado na doença, da clínica da remissão e controle de sintomas, do gerenciamento de risco, em oposição à clínica centrada no sujeito, no vivido e na aposta de produção de vida e outras relações. Talvez, o mais importante, nada diziam acerca do que Jaime tinha a dizer sobre sua condição.

Antes do início dos atendimentos, portanto, optei por consultar seu prontuário apenas em busca das informações essenciais como idade, histórico, biografia e apostar nos encontros que viriam como forma de conhecer, de maneira mais espontânea e livre, este paciente.

No decorrer dos encontros, ao longo dos últimos meses, embasado por uma postura clínica fenomenológica, ou seja, permitindo uma abertura que propiciasse que Jaime falasse de suas experiências, a partir dele mesmo, um importante vínculo se estabeleceu. Jaime consegue descrever e falar de suas alucinações visuais, que nomeia como “água-viva”, como uma lente que distorce, literalmente, o mundo ao seu redor. Concomitante à alucinação visual, manifestam-se as vozes que o recriminam, dizendo frases como “você está perturbando todo mundo ao seu redor”.

A potencialidade da oferta de uma escuta autêntica, não diretiva, interessada nas vivências cotidianas, e acima de tudo, sem atravessamentos morais ou pré-concebidos foi reconhecida pelo usuário ao dizer que se sentia “à vontade para falar” de si mesmo e suas vivências. Em um dos atendimentos Jaime pede licença, relata estar ouvindo vozes e pergunta: “Eu estou te perturbando?”, esclareço que não, explicando que não ouço as vozes que ele escuta e reitero o fato de que ele, ao escutá-las, não me incomoda. O usuário diz, então, que tais vozes devem ser “da sua cabeça”, e que é o que dizem para ele “isso está só na sua cabeça, e já vai passar”.

Tal manejo criava em Jaime uma experiência de extrema solidão, como se a experiência de ouvir vozes fosse uma aberração que apenas ele com seu “cérebro disfuncional”, como ele costumava dizer, poderia vivenciar. Uma experiência, portanto, bastante negativa e perturbadora. Percebemos, na fala de Jaime, o poder de captura do discurso organicista. Não lhe foi oferecida outra oportunidade de inscrição de sua sofrida experiência, senão aquela imputada como “desviante”, “disfuncional”. A vivência de invasão e exterioridade das alucinações era, portanto,

amplificada na mesma medida em que o discurso daqueles que o cercavam confirmavam que aquilo lhe era imposto. Imposto por um “cérebro disfuncional” e, portanto, nada dizia sobre Jaime, sua história, seus afetos. É interessante notar que Jaime mantém crítica acerca de suas vivências alucinatórias, rapidamente identificando-as e buscando recursos para manejá-las.

Concluo descrevendo uma cena que vivenciei com o usuário. Em um passeio do CAPS ao circo. Durante a apresentação, Jaime me procura na plateia, e diz “estou tendo alucinações muito fortes”. Ofereço minha companhia para irmos até o lado de fora do circo, para acalmá-lo e mudarmos de ambiente. Jaime fala sobre suas alucinações e enfim me pergunta “só eu tenho isso? Outras pessoas no CAPS têm isso?”. Respondo que sim, outras pessoas também vivenciam a experiência de ouvir vozes ou alucinações visuais. A partir dessa pergunta, converso com outros usuários do serviço sobre a possibilidade, para aqueles que se interessarem, de uma roda de conversa sobre a experiência de ouvir vozes.

O compartilhar intersubjetivo de tais experiências vividas foi de grande valia para os usuários envolvidos. O mundo de cada um dos pacientes participantes encontrou intersecção em um mundo compartilhado, encontrou eco no mundo que é, também, o nosso. Tal ampliação compreensiva reverberou na forma mesma como Jaime passou a lidar com seus episódios alucinatórios, buscando desenvolver estratégias de manejo, experimentando as alternativas sugeridas por seus colegas, por exemplo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a discussão realizada neste trabalho buscamos apontar como as teorias hegemônicas no campo da saúde mental podem convocar os trabalhadores e a instituição a uma cristalização das formas de compreensão e exercício clínico. Como contraponto, oferecemos e apostamos na tradição fenomenológica como uma possibilidade compreensiva, que ao dar valor à experiência do sujeito, a partir daquele mesmo que a vivência marca um desvio e pode desdobrar-se em uma prática clínica mais fluida e conectada ao mundo cotidiano dos pacientes (TATTOSSIAN; MOREIRA, 2012).

Ainda, no início de nossas carreiras como psicólogos, nos deparamos com casos graves e de extrema dificuldade no manejo, em nossas experiências nos serviços de Atenção Psicossocial. O atravessamento da miséria financeira, afetiva, de circulação e acesso aos bens e ao patrimônio cultural humano, complexifica o trabalho e convoca os trabalhadores a lidar com aquilo que, cotidianamente, enquanto sociedade, buscamos afastar de nossas vistas.

Apostamos, continuamente, na interface entre a tradição fenomenológica e o campo da saúde mental na esperança de que ao propiciarmos o despontar autêntico das vivências e dos indivíduos que atendemos, resgatemos e legitimemos suas experiências. Com tal artifício, podemos exercitar uma clínica responsável e honesta com o vivido, com a cotidianidade do mundo e, acima de tudo, ética em sua lida com as vidas que se colocam diante de nós.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- BRAGA, T. B. M. . **Atenção Psicológica e Cenários Sociais - Ação Clínica, Instituições e Políticas Públicas na Promoção da Cidadania**. 1. ed. Curitiba: Editora Juruá, 2014.
- CARDINALLI, I. E. **Daseinsanalyse e esquizofrenia**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2012.
- _____ **A historicidade do existir humano - A biografia e a história de vida**. In: Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista. (Org.). Fenomenologia existencial e prática em psicologia. 1ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2016.
- CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**. Rio de Janeiro: Vozes. 2009.
- CUNHA GT, CAMPOS GWS. **Apoio matricial e atenção primária em saúde**. Saúde Soc. 2011 Out-Dez; 20(4):961-70.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013^a.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos/os no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial/** Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013^b.
- DASTUR, F. e CABESTAN, P. **Daseinsanalyse: Fenomenologia e Psicanálise**. Rio de Janeiro. Via Veritas, 2015.
- DILTHEY, W. **Ideias sobre uma psicologia descritiva e analítica**. Rio de Janeiro: Via Verita Editora 2011.
- EVANGELISTA, P. **Algumas reflexões acerca da psicoterapia daseinsanalítica com pacientes psiquiátricos**. Psicologia Revista, v. 25, p. 59-75, 2016.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- FEIJOO, A. M. L. C. **A existência para além do sujeito**. 1. ed. Rio de Janeiro: Viaverita, 2011.
- FEIJOO, A. M. L. C. **As diferentes etapas na psicopatologia fenomenológica**. In: Feijoo, A.M; Lessa, Maria bernadete. (Org.). Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica. 1ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2016, v. 1, p. 19-60.
- HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**, Petrópolis, Rio.de Janeiro: ed. vozes, 1995.

_____ **Seminários de Zollikon**. 2 ed. rev. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009.

MANGANARO, P. (2006). **A psiquiatria fenomenológico-existencial na Itália**. *Memorandum*, 10, p. 85-92.

POMPÉIA, J. A. e SAPIENZA, B. T. **Os dois nascimentos do homem: escritos sobre terapia e educação na era da técnica**. Rio de Janeiro: Editora Via Verita. 2011.

PUCHIVAILO, M. ; SILVA, G. B. ; HOLANDA, A. F. **A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas Vinculações com o Pensamento Fenomenológico**. *Revista da Abordagem Gestáltica (Online)*, v. 19, p. 230-242, 2013.

SCHNEIDER, D. R. **Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura: contribuições da fenomenologia e existencialismo**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* , v. 1, p. 62-76, 2009.

SODELLI, M. ; TEODORO-SODELLI, A. **Visitando os Seminários de Zollikon: novos fundamentos para psicoterapia fenomenológica**. *PSICOLOGIA REVISTA* , v. 20, p. 245-272, 2011.

TATOSSIAN, A; MOREIRA, V. **Clínica do Lebenswelt: Psicopatologia e Psicoterapia Fenomenológica**. São Paulo: Editora Escuta. 2012.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Avaliação neuropsicológica 34, 35, 37, 39, 41, 43, 84, 86

C

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 69

Crise epiléptica 35, 84

D

Declínio Cognitivo 25, 26, 28, 30, 36, 88

E

Envelhecimento 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 72, 73, 74, 77, 92

Epilepsia refratária 35, 36, 42, 89

Estimulação cognitiva 25, 26, 29, 30, 32, 33

F

Fenomenologia 54, 56, 57, 58, 59, 62, 63, 69, 70

Funções cognitivas 25, 26, 28, 29, 43, 73, 85

Funções executivas 28, 32, 37, 40, 83, 84, 85, 87, 89

G

Gravidez 78, 79, 80, 81, 82

H

Hospital de Custódia e Tratamento 1, 6, 12, 13

I

Inclusão social 71

L

Loucura 1, 3, 4, 10, 11, 13, 14, 24, 55, 56, 70

M

Medicalização 15, 17, 21, 22, 24

Medidas socioeducativas 15, 18, 19, 22, 23, 24

Mídias Sociais 45, 47, 51

N

Neuropsicologia 33, 34, 39, 41, 83, 84, 86, 91

P

Pessoa idosa 71, 73, 74, 76, 77

Pré-natal psicológico (PNP) 78, 79, 80, 81, 82

Processos de subjetivação 15, 16, 20, 22

Psicanálise 1, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 48, 58, 69

Psicologia 1, 11, 12, 13, 14, 23, 24, 34, 45, 53, 54, 69, 70, 71, 73, 74, 77, 81, 82, 83, 92

Puerpério 78, 79, 80, 81, 82

Q

Qualidade de vida 25, 26, 30, 32, 36, 38, 71, 73, 84

R

Reforma psiquiátrica 11, 55, 56, 63

S

Saúde mental 5, 12, 13, 14, 25, 26, 30, 32, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63, 64, 66, 68, 69, 70, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 82

T

Transtornos alimentares 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53

Transtornos dismórficos 45, 47

 **Atena**
Editora

2 0 2 0